ROK VI WARSZAWA 1932 MAJ ZESZYT V

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Z drugiego oddziału chirurgicznego szpitala Dzieciątka Jezus. Kierownik Dr. Z. Sławiński.

podał

DR. FELIKS HŁASKO,
wolontarjusz oddziału.

W sprawie porównawczego rozpoznania i leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego u mężczyzn i kobiet

Długoletnie obserwacje nad sprawą zapalenia wyrostka robaczkowego, najpierw na klinice chirurgicznej II U. W. Prof. Radlińskiego, potem na klinice ginekologiczno-położniczej U. W. Prof. Czyżewicza, a obecnie na II oddziale chirurgicznym d-ra Sławińskiego szpitala Dzieciątka Jezus, przekonały mnie, że zapalenie wyrostka robaczkowego zarówno pod względem anatomopatologicznym, jak i pod względem rozpoznania i leczenia jest schorzeniem, które daje często objawy, powikłania i następstwa całkiem odrębne u obu płci, a co zatem idzie, że i traktowanie tego schorzenia u mężczyzn w porównaniu do kobiet powinno być rozmaite.

Już samo położenie anatomiczne wyrostka robaczkowego na prawym talerzu biodrowym i jego bliskie sąsiedztwo z miednicą małą wskazuje na to, jak dalece różnorodne i do siebie niepodobne mogą być objawy i powikłania u obu płci w razie schorzenia tego organu.

Dla łatwiejszej orjentacji w omawianym tu temacie, pozwolę sobie na wstępie przytoczyć kilka praktycznych danych, dotyczących anatomji i topografji wyrostka robaczkowego u mężczyzn i u kobiet.

Co się tyczy położenia wyrostka robacz-

[1]) Praca wyróżniona na tegorocznym konkursie „Wiedzy".

kowego w stosunku do przedniej ściany powłok brzusznych, to jeżeli za punkt orjentacyjny weźmiemy linję, łączącą oba przednie kolce kości biodrowej, to będzie ona odpowiadała wysokości, na której w większej liczbie przypadków znajduje się podstawa wyrostka robaczkowego. Wedle statystyki, wykonanej na sześciuset zwłokach (311 mężczyzn i 289 kobiet) przez profesorów *Ciechanowskiego* i *Glińskiego* w zakładzie anatomji patologicznej, Uniwersytetu Jagielońskiego, wynika że wierzchołek kątnicy, a zatem i podstawą wyrostka robaczkowego leżą na wysokości linji, łączącej oba górne przednie kolce kości biodrowej w 27% przypadków, w promieniu do 4 ctm. powyżej tej linji w 12,4% przypadków, w promieniu do 4 ctm. poniżej tej linji w 18,9% przypadków. Wogóle w pobliżu linji, łączącej górne przednie kolce kości biodrowej (do 4 ctm. wgórę i do 4 ctm. w dół od tej linji) leży podstawa wyrostka robaczkowego w 78,3% wszystkich przypadków z nieznacznemi wahaniami w stosunku do obu płci. Położenie zaś niskie (szczyt kątnicy poniżej 4 ctm. od linji międzykolcowej) spotykamy na wspomnianym wyżej materjale znacznie częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn, a mianowicie: u kobiet w 21% przypadków, u mężczyzn zaś tylko w 12,8%, przyczem kątnice, docierające wierzchołkiem do miednicy małej u kobiet — 5,8%, u mężczyzn — w 3,3%, kątnice, leżące w miednicy małej u kobiet — w 6,2%, u mężczyzn — w 4,1%. Te dane wskazują na to, że wyrostek robaczkowy ślepej kiszki u kobiet znacznie częściej niż u mężczyzn zbliża się do małej miednicy. *Bryant* zaś twierdzi na podstawie swojej statystyki, że kątnica u kobiet dwa razy częściej dociera do miednicy małej, aniżeli u mężczyzn. Częstość takiego niskiego położenia kątnicy u kobiet, zdaniem *Nowickiego,* jest następstwem bardziej skośnego niż u mężczyzn ustawienia się miednicy małej. Sądzimy, że to jest raczej, jeżeli chodzi o wieloródki, skutek tych zmian, jakie pozostawia po sobie w jamie brzusznej macica ciężarna, i spowodowane ogólnem zwiotczeniem powłok i więzów. O ile zaś z takiem niskiem położeniem kątnicy spotykamy się u kobiety nierodzącej, to przeważnie mamy do czynienia z t. zw. typem astenicznym i ogólnem opadnięciem organów jamy brzusznej.

Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę kierunek, w którym przebiega wyrostek robaczkowy w stosunku do kątnicy, to znajdziemy w literaturze cały szereg podziałów i klasyfikacyj na ten temat. Niestety jednak, podziałów tych istnieje prawie tyle, ile dotąd wykonano badań statystycznych. Dla celów praktycznych najbardziej odpowiednią, bodaj, jest jedna z najstarszych klasyfikacyj, mianowicie klasyfikacja, podana przez *Waldeyera,* której trzyma się również w swej olbrzymiej statystyce (2092 przypadki) *Liertz.* Według *Waldeyera* rozróżnić trzeba następujące zasadnicze położenia wyrostka względem kątnicy:

P o ł o ż e n i e I. Positio pelvina: Wyrostek robaczkowy zwisa ku dołowi w kierunku małej miednicy, posiada długą, wiotką krezkę i zazwyczaj jest dość znacznej długości, powyżej 6 ctm.

P o ł o ż e n i e II. Positio ileocoecalis: Wyrostek robaczkowy, zwrócony ku wewnątrz na lewo w głąb jamy brzusznej, leży pomiędzy pętlami jelita cienkiego, niezbyt długi, zwykle do 6 ctm. o krótkiej krezce.

P o ł o ż e n i e III. Positio laterocoecalis: Wyrostek robaczkowy, zwrócony na prawo, leży na zewnątrz od kątnicy.

P o ł o ż e n i e IV. Positio retrocoecalis: Wyrostek robaczkowy leży na tylnej ścianie kątnicy, biegnie ku górze, zazwyczaj przyrośnięty do ściany kątnicy, nie posiada krezki wolnej.

P o ł o ż e n i e V. Positio antecoecalis: Wyrostek leży na przedniej ścianie kątnicy zazwyczaj do niej przyrośnięty.

P o ł o ż e n i e: VI. Positio subcoecalis: Wyrostek przeważnie zwinięty i przyrośnięty do wierzchołka kątnicy.

Do wymienionych powyżej zasadniczych położeń wyrostka należy dodać jeszcze rzadsze jego formy, mianowicie: położenie wyrostka, zależne od nieopadnięcia kątnicy w życiu zarodkowem (wyrostki, leżące pod wątrobą, obok pęcherzyka żółciowego lub w okolicy żołądka); wyrostki leżące po stronie lewej; wyrostki o rozmaitych dziwacznych położeniach i kształtach, zależnych od zrostowego przegięcia wyrostka, lub też od zagięcia samej kątnicy.

Z powyższych położeń wyrostka robaczkowego praktyczne znaczenie mają tylko pierwsze cztery położenia, ponieważ resztę wymienionych położeń spotykamy we

wszelkich statystykach tylko w dziesiętnych ułamkach odsetka.

Największa z istniejących statystyk, uwzględniająca na podstawie przytoczonej wyżej klasyfikacji położenie wyrostka robaczkowego ślepej kiszki względem kątnicy, jest to: statystyka *Liertza*, obejmująca 2092 przypadki. Z polskich statystyk wymienić należy statystyki: *Ciechanowskiego* i *Glińskiego*, obejmujące 600 przypadków i *Wertheima*, obejmującą 100 przypadków.

Wymienione powyżej statystyki, razem wzięte, tworzą jedną, niezmiernie cenną całość z tego względu, że jedna z nich, mianowicie *Liertza*, obejmuje wyłącznie przypadki operacyjne, a zatem uwzględnia wyrostki robaczkowe, patologicznie zmienione. Dwie zaś ostatnie — statystyka *Ciechanowskiego* i statystyka *Wertheima* oparte są na materjale sekcyjnym i dotyczą wyrostków zdrowych, patologicznie niezmienionych. Porównywując przytoczone statystyki, widzimy, jakie położenie wyrostka robaczkowego ślepej kiszki najczęściej ulega schorzeniu i jakie położenia jego należy uważać za niebezpieczne.

Z zestawienia wspomnianych wyżej statystyk wynika, że wyrostki robaczkowe, należące do grupy II, positio ileocoecalis, t. j. leżące na wewnątrz od kątnicy i przebiegające ku linji środkowej, najrzadziej ulegają schorzeniom i że wyrostki takie najczęściej spotykamy u mężczyzn. Z drugiej zaś strony wyrostki robaczkowe, należące do grupy I, positio pelvina, zwisające w kierunku małej miednicy, znowóż najczęściej spotykamy u kobiet, a według statystyki *Liertza* ulegają one nader łatwo schorzeniom i zajmują w jego statystyce wyrostków patologicznych poważny odsetek z ogólnej liczby chorych wyrostków, a mianowicie 42%. Położenie wyrostka robaczkowego III i IV, positio laterocoecalis et retrocoecalis na podstawie powyższych statystyk uważać należy za bezwzględne patologiczne i najłatwiej ulegające schorzeniom; w statystyce *Liertza* zajmują one 37% ogólnej liczby chorych i spotykamy je również znacznie częściej u kobiet aniżeli u mężczyzn.

Powyższe dane starałem się sprawdzić zarówno na materjale sekcyjnym, jak i operacyjnym. W wymienionym celu przeprowadziłem badania w Zakładzie anatomji patologicznej na 200 zwłokach (100 kobiet i 100 mężczyzn) oraz przejrzałem zgórą 200 protokułów sekcyjnych, przyczem brałem pod uwagę tylko taki materjał sekcyjny, który nie był dotknięty sprawami zapalnemi w jamie brzusznej. Na wzmiankowanym materjale stwierdzić mogłem:

Positio pelvina — u kobiet 40%, u mężczyzn 27%.

Positio ileocoecalis — u kobiet 43%, u mężczyzn 64%.

Positio laterocoecalis — u kobiet 5%, u mężczyzn 3%.

Positio retrocoecalis — u kobiet 12%, u mężczyzn 6%.

Na zaobserwowanym zaś materjale operacyjnym kobiecym i męskim, razem wziętym (materjał II kliniki chirurgicznej U. W. i materjał II oddziału chirurgicznego szpitala Dzieciątka Jezus) mogłem stwierdzić:

Positio pelvina w 53%.
Positio ileocoecalis w 11%.
Positio laterocoecalis w 13%.
Positio retrocoecalis w 23%.

Z powyższych badań wynika, że positio pelvina, zajmująca największy odsetek w materjale operacyjnym, to znaczy w materjale patologicznym, znacznie częściej spotykamy u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Z drugiej zaś strony positio ileocoecalis, zajmująca w materjale operacyjnym najmniejszy odsetek, znacznie przeważa u mężczyzn, a positio retrocoecalis, którą widzimy na materjale operacyjnym w 23%, dwa razy częściej spotykamy u kobiet aniżeli u mężczyzn.

Jeżeli się teraz zwrócimy do układu naczyniowego wyrostka robaczkowego i jego bezpośrednich okolic, to również zobaczymy, że układ ten u kobiet daje większą predyspozycję aniżeli u mężczyzn. Unaczynienie samego wyrostka robaczkowego jest, coprawda, jednakowe u mężczyzn jak i u kobiet i odbywa się zapomocą tętnicy wyrostkowej (arteria appendicularis), odchodzącej od gałęzi biodrowej tętnicy kątniczookrężnicowej (ramus iliacus arteriae ileocolicae), która odchodzi jako najniższa gałązka tętnicy krezkowej górnej (arteria mesenterica superior) i razem z nią przebiega pomiędzy blaszkami podstawy krezki i jelita cienkiego. Po odejściu od gałęzi biodrowej tętnicy kątniczookrężniczej tętnica wyrostkowa podchodzi pod jelitem biodrowym tuż około jego ujścia do kątnicy, czasami do niej przylegając, i wstępuje do

krezki wyrostka robaczkowego rozgałęziając się w niej. Tętnicy, jak zwykle, towarzyszą jedna lub dwie żyły. Co się zaś tyczy topografji naczyń wyrostka względem całego szeregu naczyń krwionośnych, sąsiadujących z nim, lub mogących z nim sąsiadować, to topografja ich jest ściśle zależna od kierunku, w którym przebiega wyrostek robaczkowy i od wysokości, na której znajduje się tętnica, a zatem, jak to wynika z poprzednich wywodów, nie jest jednakowa u mężczyzn i u kobiet.

Najważniejszym pęczkiem naczyniowym, który często krzyżuje krezkę wyrostka, szczególniej przy nisko położonej kątnicy i zwisającym ku dołowi wyrostku, jest pęczek, zawierający tętnicę nasienną wewnętrzną (art. spermatica interna) u mężczyzn i tętnicę jajnikową (art. ovarica) u kobiet. Naczynia te odchodzą bezpośrednio od aorty, tuż poniżej tętnicy nerkowej (w nielicznych przypadkach odchodzą jako jej gałązki) i biegną prostopadle ku dołowi w fałdzie otrzewnowym, opisanym przez *Treitza* jako plica genito-enterica. Według tego autora, w życiu zarodkowem, jądro u mężczyzn i jajnik u kobiety, opuszczając się z okolicy nerki do miednicy małej, pozostawiają za sobą wspomniany fałd otrzewnowy, zawierający, jak wspomniałem, u mężczyzn tętnicę nasienną wewn., a u kobiet tętnicę jajnikową. Towarzyszące tym naczyniom żyły i naczynia chłonne, tworzą splot wężowaty (plexus pampiniformis). Wspomniany pęczek naczyniowy po skrzyżowaniu się z moczowodem, biegnie dalej ku dołowi w kierunku miednicy małej, wzdłuż strony zewnętrznej mięśnia lędźwiowo-biodrowego (m. psoas major), na zewnątrz i równolegle do moczowodu aż do skrzyżowania z tętnicą biodrową zewn. (arteria iliaca externa) i na tym właśnie odcinku, zależnie od położenia kątnicy, często wchodzi w bezpośrednie zetknięcie z naczyniami wyrostka i jego krezki. Po skrzyżowaniu się z tętnicą biodrową zewnętrzną, wspomniany pęczek naczyniowy wchodzi u mężczyzn do wewnętrznego otworu kanału pachwinowego, w którym tętnica nasienna wewn. już pod nazwą tętnicy jądrowej (arteria testicularis) komunikuje się z tętnicą nadbrzuszną dolną (arteria epigastrica inferior) zapomocą gałązki, noszącej nazwę tętnicy nasiennej zewn. (arteria spermatica externa). Dalej wspomniany pęczek łączy się z częściami składowemi nasieniowodu (ductus deferens) i razem z niemi po przez kanał pachwinowy opuszcza jamę brzuszną i wchodzi do moszny. Całkiem inaczej sprawa przedstawia się u kobiet. Tu wspomniany pęczek naczyniowy, zawierający tętnicę jajnikową, po skrzyżowaniu się z tętnicą biodrową zewn. (arteria iliaca externa), nie opuszcza jamy brzusznej, lecz wchodzi do więzadła szerokiego macicy i wzdłuż niego podchodzi do jajnika, dzieląc się na trzy gałązki: jedna z nich wchodzi do bieguna jajnika, zwróconego ku ujściu trąbki (extremitas tubaria ovarii), drobne zaś gałązki wchodzą do więzadła obłego i z nim wstępują do kanału pachwinowego; naczynia zaś chłonne, przebiegające w pęczku, idą do jajnika i górnej części macicy.

Powyższe dane anatomiczne przemawiają za tem, że u kobiet wyrostek robaczkowy łatwiej może się zetknąć z naczyniami, idącemi z miednicy małej do organów rodnych, które tak niezmiernie często ulegają wszelkiego rodzaju schorzeniom. U mężczyzn zaś te same naczynia prowadzą do moszny i jąder, a zatem do organów, które są zupełnie izolowane od jamy brzusznej i znacznie rzadziej ulegają schorzeniom.

Sprawie, dotyczącej możliwości komunikacji naczyniowej u kobiet pomiędzy wyrostkiem robaczkowym a organami rodnemi, poświęcono dużo prac. Jako klasyczną i podstawową z pośród nich, uważać należy pracę *Clado*, opublikowaną w roku 1892. W pracy tej *Clado* poraz pierwszy opisał fałd otrzewnowy pod nazwą ligamentum appendiculo-ovaricum idący od krezki wyrostka, ku górnemu brzegowi więzadła szerokiego i zawierający naczynia chłonne, łączące się z naczyniami wyrostka robaczkowego i jajnika. *Clado* uważał wspomniany fałd u kobiet jako twór stały, czemu jednak szereg późniejszych autorów zaprzeczyło. Mianowicie ci badacze tej sprawy, którzy szukali ligamentum *Clado* na zwłokach, nie znajdowali go i stawiali istnienie tego tworu w wątpliwość *(Durand, Barusch, Rieffel, Poirier, Cuneo, Kelly, Hurdon, Graig* i inni, z polskich autorów *Kostanecki, Ciechanowski, Gliński);* natomiast ci autorzy, którzy szukali więzadła tego na materjale operacyjnym, znajdowali twór, mogący uchodzić za lig. appendiculo-ovaricum — *Clado* mniej więcej w 5% przypadków *(Green*—Genewa, *Aever*—Filadelfja, *Fovler* — Nowy Jork, *Lockwood* — Londyn).

Obserwacje autora, przeprowadzone w powyższym celu na 100 zwłokach w zakładzie anatomji patologicznej U. W., nie wykryły ani razu tworu, mogącego uchodzić za lig. appendiculo-ovaricum, natomiast obserwacje na materjale operacyjnym kliniki chirurgicznej II U. W., kliniki ginekologiczno-położniczej U. W. i drugiego oddziału chirurgicznego szpitala Dz. Jezus, pozwoliły zaobserwować autorowi dość często, obok jednoczesnych spraw zapalnych wyrostka i przydatków, łączność pomiędzy wyrostkiem a przydatkami pod postacią opisanego przez *Clado* ligai entum appendiculo-ovaricum.

Z powyższych danych wynika, że ligamentum *Clado* jest to twór patologiczny, mogący powstać u kobiet wobec niskiego położenia kątnicy na tle zrostów zapalnych pomiędzy krezką wyrostka robaczkowego (lub też pomiędzy samym wyrostkiem robaczkowym w positio pelvina) a fałdem otrzewnowym, zawierającym tętnicę jajnikową. Ponieważ jednak więzadło wyrostkowo jajnikowe (ligamentum appendiculo ovaricum) jest tworem patologicznym, który powstaje już prawdopodobnie już wtedy, gdy wyrostek i przydatki są zajęte sprawą chorobową, to trudno zgodzić się z poglądem *Clado* jakoby sprawy zapalne pomiędzy wspomnianymi organami szerzyły się drogą zespolonych naczyń za pośrednictwem tego więzu.

Na podstawie przytoczonych powyżej danych anatomopatologicznych, i spostrzeżeń własnych przychodzimy do następujących wniosków:

Wyrostek robaczkowy u kobiet znacznie częściej, aniżeli u mężczyzn zbliża się do małej miednicy i tem samem znacznie łatwiej może być wciągnięty w sprawy zapalne, toczące się w miednicy małej. Z drugiej zaś strony sprawa zapalna wyrostka łatwo może zainfekować przydatki maciczne i spowodować powikłania włącznie do niedrożności jajowodów i ciąży zamacicznej (liczne tego przykłady podałem w swoim czasie w pracy. — *W sprawie powikłań i rozpoznania wyrostka robaczkowego u kobiet i o wskazaniach do jego usuwania podczas operacyj ginekologicznych).*

Niekorzystne dla wyrostka robaczkowego położenia względem kątnicy, w których wyrostek robaczkowy łatwo ulega schorzeniu, a mianowicie: wyrostki zagięte do tyłu, zagięte na zewnątrz i zwisające ku dołowi, jak o tem świadczą odpowiednie statystyki oraz badania własne, przeprowadzone na materjale sekcyjnym i operacyjnym, znacznie częściej spotykamy u kobiet aniżeli u mężczyzn.

U mężczyzn w przeciwieństwie do kobiet możliwość kombinowanego schorzenia wyrostka i organów rodnych, na podstawie przytoczonych wyżej danych anatomicznych, jest prawie całkiem wyłączona.

Dane kliniczne oraz statystyki oddziałów szpitalnych, całkowicie potwierdzają słuszność powyższych wniosków, poczynionych na podstawie danych anatomicznych i anatomo patologicznych i wykazują nam, że liczba chorych i operowanych na wyrostek kobiet o wiele przewyższa liczbę chorych i operowanych na wyrostek mężczyzn.

Tak, w klinice chirurgicznej II U. W. za okres pięcioletni od roku 1921 do 1926 wycięto wyrostek (appendectomia) 595 razy, z tego kobiet 411, mężczyzn 184 czyli 69% kobiet i tylko 31 mężczyzn. Na oddziale drugim chirurgicznym szpitala Dzieciątka Jezus w okresie trzyletnim od 1929 do 1931 roku wycięto wyrostek 1015 razy, z tego kobiet 679, mężczyzn 336 czyli 67% kobiet i 33% mężczyzn.

A zatem we wszelkiego rodzaju dolegliwościach jamy brzusznej powinniśmy u kobiet znacznie częściej podejrzewać siedlisko tych dolegliwości w wyrostku robaczkowym aniżeli u mężczyzn, ponieważ z powyższego zestawienia wynika, że na oddziałach chirurgicznych liczba operowanych na wyrostek kobiet w stosunku do mężczyzn wynosi przeciętnie około 70%; jest to fakt całkiem zrozumiały ze względu na przytoczone powyżej nieco odrębne warunki topograficzne kątnicy, wyrostka oraz na całkiem inne warunki anatomiczne sąsiadującej z wyrostkiem miednicy małej u kobiet.

Jeżeli teraz przejdziemy do sprawy rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego, to również dojdziemy do wniosku, że sprawa ta u obu płci przedstawia się całkiem odmiennie i u kobiet nastręcza znacznie większe trudności aniżeli u mężczyzn.

Rozpoznanie różniczkowe w omawianej sprawie zatacza u kobiet znacznie szerszy krąg możliwości ze względu na obecność w jamie brzusznej organów rodnych i ze względu na nader częste ich schorzenia. Jest to główna przyczyna dlaczego u kobiet z jednej strony znacznie łatwiej przeoczyć

zapalenie wyrostka robaczkowego wobec toczącej się sprawy chorobowej w miednicy małej, z drugiej zaś strony łatwo jest również toczącą się w przypadkach sprawę zapalną wziąć za zapalenie wyrostka robaczkowego. Zarówno statystyki szpitalne jak i praktyka codzienna pouczają nas, że błędy rozpoznawcze z dziedziny zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet są bez porównania częstsze aniżeli u mężczyzn.

Wymownie świadczą o tem cyfry oddziału ginekologji operacyjnej w klinice ginekologiczno-położniczej U. W. W okresie 1925 do 1928 roku miałem możność na powyższym odziale zaobserwować, asystować i częściowo wykonać ogółem 774 laparatomje wykonane z powodu wszelkiego rodzaju schorzeń macicy lub przydatków macicznych, przyczem stwierdzone zostały jednoczesne zmiany chorobowe wyrostka, które upoważniały do usunięcia go w 47 przypadkach, a mianowicie:

10 razy obok cystis ovarii dextr.
5 razy obok graviditas extraut. tub. dextr.
1 raz obok graviditas extraut. tub. sinistra.
3 razy obok graviditas V. mens.
1 raz obok graviditas X. mens.
3 razy obok pyocele dextra.
9 razy obok adnexitis bilateralis.
2 razy obok pyovarium dextrum.
1 raz obok cystis intralig. dextr.
1 raz obok hydrosalpinx dextra.
2 razy obok adnexitis tbc dextra.
2 razy obok fibroma uteri.
1 raz obok retroflexio uteri.
1 raz obok tumor adnex. dextr.

3 razy dawniej przebyte i nieoperowane zapalenie wyrostka dało ropień, który opuścił się do małej miednicy, dając zrosty pomiędzy przydatkami, kątnicą a pętlą jelita cienkiego.

2 razy po przebytem prawostronnem zapaleniu jajnika chorą w dwa lata potem musiano operować z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego.

Z historji chorób wynika, że w większości wspomnianych przypadków schorzenie wyrostka było stwierdzone przypadkowo dopiero podczas operacji, gdyż dolegliwości związanych ze schorzeniem wyrostka nie dało się odróżnić od objawów innych, związanych ze sprawami w przydatkach macicznych, aczkolwiek zmiany anatomo-patologiczne wyrostka nieraz były daleko posunięte. U mężczyzn podobnych powikłań nie spotykamy prawie wcale i u nich przypadkowe schorzenie wyrostka wykryte podczas laparatomji należy do rzadkości.

Powyższy stan rzeczy tłómaczy się tem, że wartość t. zw. objawów wyrostkowych u obu płci nie jest jednakową i przedstawia się znacznie bardziej na niekorzyść kobiet, aniżeli mężczyzn.

Pozwolę sobie tu rozpatrzeć kilka zasadniczych, i najczęściej stosowanych w praktyce, objawów zapalenia wyrostka robaczkowego i ocenić ich wartość rozpoznawczą w stosunku do obu płci. Zacznę od najbardziej klasycznego objawu zapalenia wyrostka robaczkowego, mianowicie od bolesności w t. zw. punkcie *Mac Burney'a*, choć w dobie obecnej objawowi temu już nie przypisują tego pierwszorzędnego znaczenia, jak to czynił w swoim czasie sam Mac Burney i jego następcy. W roku 1889 autor ten pierwszy zwrócił uwagę na to, że największa bolesność powłok brzusznych podczas zapalenia wyrostka robaczkowego znajduje się w miejscu skrzyżowania linji, łączącej pępek i przedni górny kolec kości biodrowej z linją, odpowiadającą zewnętrznemu brzegowi mięśnia prostego. M. B. tłómaczył objaw ten w owym czasie tem, że skrzyżowanie tych dwóch linji odpowiada miejscu, w którem znajduje się podstawa wyrostka robaczkowego ślepej kiszki. Dziś wiemy, na podstawie badań *Lanza* i *Morrisa* i między inemi na podstawie polskiej statystyki dra *Wertheima*, że tak nie jest, i że wyrostek robaczkowy bardzo rzadko znajdujemy w tem rzeczywiście najbardziej bolesnem mejscu, zazwyczaj zaś leży on, i to przeważnie u kobiet, jak to widzieliśmy z przytoczonych powyżej danych topograficznych, znacznie niżej od tego punktu. Stwierdzić jednak należy, że niezależnie od tego, gdzie leży wyrostek robaczkowy, najbardziej bolesnym punktem podczas ucisku powłok brzusznych pozostaje punkt M. B. nawet w przypadkach, w których chory wyrostek robaczkowy leży głęboko w małej miednicy, jednak i wtedy największą bolesność powłok brzusznych stwierdzić można w punkcie M. B. Na ten napozór paradoksalny fakt pierwszy zwrócił uwagę *Lenander*, który tłumaczy sobie uciskową bolesność w punkcie M. B. zapaleniem naczyń chłonnych (lymphangitis), których umiejscowienie na tylnej ścianie brzucha jest sta-

le i niezależne od umiejscowienia wyrostka robaczkowego. *Lenander* jest tego zdania, że uciskając na przednią ścianę brzucha w punkcie M. B., uciskamy tem poprzez kątnicę tylną ścianę i wywołujemy przeto ból. Czy rzeczywiście tak jest — powiedzieć trudno, fakt jednak pozostaje faktem, że bolesność w punkcie M. B. jest niezależna od umiejscowienia wyrostka robaczkowego i nie roztrząsając tu dalej kwestji mechanizmu jej powstania, jesteśmy tego zdania, że bolesność w punkcie M. B. jest objawem wtórnym, który może być wywołany nie tylko sprawą zapalną wyrostka robaczkowego, zwłaszcza u kobiet. Niejednokrotnie spotyka się typową bolesność w punkcie M. B. u kobiet podczas miesiączkowania. Kilka razy stwierdziłem bolesność w punkcie M. B. tam, gdzie operacja wykazała sprawę zapalną prawego jajnika i zupełnie zdrowy wyrostek robaczkowy. Tłómaczyć to sobie można bolesnością opisanego wyżej fałdu otrzewnowego, zawierającego naczynia i nerwy jajnikowe, które podczas miesiączkowania i spraw zapalnych prawego jajnika ulegają przekrwieniu, i na który to fałd uciskamy poprzez powłoki w punkcie M. B. Często również można stwierdzić u kobiet typową bolesność w punkcie M. B. po wykonanem wycięciu wyrostka. W literaturze spotykałem się z podobnemi przypadkami, opisanemi przez *Küttnera*, który w szeregu przypadków stwierdził bolesność punktu M. B. w schorzeniach prawych przydatków macicznych. Wynika z tego, że bolesność w punkcie M. B. nie może być uważana za objaw pewny do rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego i że u kobiet objaw ten jest znacznie mniej pewny, aniżeli u mężczyzn. To samo dotyczy punktów, opisanych przez *Lanza* i *Morissa*.

Co się tyczy objawu *Rovsinga*, polegającego na wywoływaniu bólu w chorym wyrostku podczas wtłaczania powietrza do kątnicy zapomocą odpowiedniego uciskania poprzez powłoki brzuszne na okrężnicę zstępującą i poprzeczną (colon descendens, transversum) to jest to objaw bardzo niestały, zwłaszcza u mężczyzn, u których ucisk taki poprzez grubą warstwę mięśni wygimnastykowanych pracą lub sportem, nie jest łatwy i dlatego też objaw ten zawodzi u nich częściej, aniżeli u kobiet. Dobre wyniki daje modyfikacja sposobu *Rovsinga* opisana przez *Bestedo*, polegająca na wprowadzeniu do odbytnicy powietrza za pomocą rurki gumowej i balonika. Powietrze tym sposobem trafia poprzez odbytnicę, okrężnicę zstępującą, poprzeczną i wstępującą do kątnicy i w razie schorzenia wyrostka sprawia dotkliwy ból. Jest to bardzo pewny i wprost nieoceniony sposób do odróżniania przewlekłego zapalenia wyrostka od schorzeń przydatków macicznych u kobiet i doświadczenia wykazały, że dodatni wynik wspomnianej próby daje prawie absolutną pewność, że mamy do czynienia z chorym wyrostkiem.

Jeżeli z kolei przejdziemy teraz do objawu *Jaworskiego*, który polega na tem, że obok chorego wyrostka robaczkowego otrzymujemy w jego okolicy ból, skoro każemy choremu podnieść nogę, przytrzymując mu jednocześnie kolano, to ma on dość duże znaczenie w rozpoznaniu u mężczyzn i dodatni jego wynik przemawia u nich za schorzeniem wyrostka. U kobiet nie można uważać objawu tego za miarodajny, ponieważ wypada on dodatnio w okresie miesiączkowania i często również w sprawach zapalnych prawych przydatków. Jest to całkiem zrozumiałe , jeżeli wnikniemy w mechanizm tego objawu. Powstaje on wskutek napinania się mięśnia lędźwiowoudowego (psoas major), który, gdy chora znajduje się w pozycji leżącej, unosi kątnicę ku górze, przyciskając ją do przedniej ściany brzusznej, co — wobec chorego wyrostka robaczkowego — zazwyczaj sprawia ból.

Wzdłuż jednak tego samego mięśnia u kobiet przebiega opisany powyżej fałd otrzewny, zawierający nerwy i naczynia, idące ku przydatkom macicznym. Naczynia te w okresie miesiączkowania i podczas spraw zapalnych w przydatkach ulegają przekrwieniu i podczas napinania się mięśnia lędźwiowoudowego(psoas major) sprawiają ból, który powoduje dodatni wynik objawu *Jaworskiego*. A zatem dodatni wynik tego objawu u kobiet, w przeciwieństwie do mężczyzn, bynajmniej nie przemawia za schorzeniem wyrostka robaczkowego.

Co się tyczy objawu *Blumberga*—dotkliwy ból podczas raptownego puszczenia uciśniętych powłok w punkcie M. B. — to objaw ten znowuż ma bez porównania większe znaczenie rozpoznawcze u mężczyzn, aniżeli u kobiet, u których objaw ten występuje w przebiegu wszelkiego rodzaju podrażnienia otrzewnej, mającego za punkt wyjścia przydatki maciczne.

Napięcie powłok brzusznych po stronie prawej, które po wyłączeniu sprawy nerkowej i ostrego schorzenia woreczka żółciowego, niezbicie przemawia u mężczyzn za zapaleniem wyrostka robaczkowego, u kobiet może być wywołane ostrą sprawą zapalną przydatków prawych, pęknięciem prawostronnej ciąży trąbkowej, a nawet— jak poucza doświadczenie — zwykłem pęknięciem pęcherzyka *Graafa*, a zatem nawet i ten objaw tak charakterystyczny dla sprawy wyrostkowej, należy u kobiet przyjmować z wielkiem zastrzeżeniem. Zmiany morfologji krwi w sensie zwiększenia leukocytozy, które spotykamy w zapaleniu wyrostka robaczkowego, również mają większe znaczenie u mężczyzn, u których możliwość przeoczenia ukrytego stanu zapalnego organów rodnych jest bez porównania mniejsza, aniżeli u kobiet.

Co się tyczy reszty objawów klinicznych, cechujących zapalenie wyrostka robaczkowego, a mianowicie podniesienia ciepłoty i przyśpieszena tętna oraz wszelkego rodzaju zaburzeń przewodu pokarmowego czy to pod postacią zaparcia stolca, czy też pod postacią rozwolnienia lub wymiotów, to objawy te, jak wiemy, są bardzo niestałe, jednak u mężczyzn mają pewną wartość rozpoznawczą, natomiast u kobiet nie są wcale miarodajne ze względu na częstość występowania ich w schorzeniach organów rodnych. *Mc Rae*, rozstrząsając tę kwestję, powiada: „An intact hymen argues strongly for appendicitis" i tem samem podkreśla fakt, jak często schorzenia organów rodnych mogą naśladować zapalenie wyrostka w przypadkach, w których tego „intact hymen" brak.

Widzimy zatem, że przytoczone wyżej objawy zapalenia wyrostka robaczkowego, mają zupełnie inną wartość u mężczyzn, aniżeli u kobiet i z wyjątkiem objawu *Basteda*, objawy te u kobiet mają znacznie mniejszą wartość rozpoznawczą, aniżeli u mężczyzn, u których te same objawy dają bez porównania większy odsetek pewności schorzenia wyrostka i tem samem są o wiele więcej miarodajne. Samo rozpoznanie różniczkowe zatacza u mężczyzn znacznie mniejszy krąg możliwości i jest bez porównania prostsze i łatwiejsze, aniżeli u kobiet.

Ażeby po stwierdzeniu powyższych objawów wyrostkowych prawie z całą pewnością powiedzieć, że mamy do czynienia z chorym wyrostkiem robaczkowym, u mężczyzn przeważnie wystarcza wyłączyć następujące schorzenia:

1) schorzenia woreczka żółciowego,
2) sprawy owrzodzeniowe żołądka i jelit,
3) prawostronne schorzenie miedniczki nerkowej,
4) prawostronną kamicę nerki lub moczowodu.

U kobiet zaś do powyższych schorzeń, musimy zawsze dołączyć całą plejadę schorzeń organów rodnych. Pozwolę sobie tu ze względów praktycznych przytoczyć szereg schorzeń przydatków macicznych, które jak to wynika z piśmiennictwa i obserwacji własnych niejednokrotnie już były rozpoznawane jako zapalenie wyrostka robaczkowego.

1. P r a w o s t r o n n a c i ą ż a t r ą b k o w a w o k r e s i e j e j p ę k n i ę c i a. Niezawsze bowiem wywiady i badania ginekologiczne doprowadzają do ostatecznego wyniku w sprawie rozpoznania różniczkowego. Krwistek w zatoce Douglasa powstający z powodu pęknięcia ciąży trąbkowej, może na dotyk uchodzić za opuszczony do tejże zatoki ropień około wyrostkowy. Nakłucie zatoki Douglasa poprzez tylne sklepienie niezawsze daje wynik decydujący, z tego względu, że krwistek zamaciczny może zropieć. *Winter* twierdzi, że czasem jest wprost niemożliwe odróżnienie ciąży trąbkowej od ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego z tego względu, że ciąża trąbkowa może dać już obraz ciężkiego schorzenia we wczesnym okresie, wtenczas, gdy badaniem ginekologicznem jeszcze nic pewnego nie można stwierdzić.

2. P r a w o s t r o n n y s k r ę t n i e d u ż e j t o r b i e l i j a j n i k o w e j. Zazwyczaj schorzenie to daje się zróżniczkować podczas badania przez pochwę; jednak częste wielkie trudności w tym kierunku nastręczają nieduże torbiele, których czasami nie można odróżnić od wysięków okołowyrostkowych z tego względu, że skręcone torbiele niezawsze bywają ruchome, z drugiej zaś strony wysięk okołowyrostkowy niezawsze jest nieruchomy. Nieskręcone torbiele u dzieci i dziewczynek również niejednokrotnie już były powodem błędnego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego.

3. S k r ę t z d r o w y c h p r z y d a t k ó w p o s t r o n i e p r a w e j. Dość rzadkie to schorzenie prawie zawsze daje

się zróżniczkować podczas badania przez pochwę, jednak znane są omyłki w tym kierunku.

4. Świeżo powstający wysięk dookoła przydatków wprawnych. Dolegliwości przytem zwykłe nie są tak gwałtowne i nie występują napadami, jak to bywa w zapaleniu wyrostka robaczkowego, jednak wyjątki, mogące wprowadzić w błąd badającego, zdarzały się, a więc i nadal są możliwe.

5. Ostre zapalenie jajnika po przebytem zapaleniu gardła. Bóle przytem zazwyczaj przyzwyczajoni jesteśmy stwierdzać głęboko w małej miednicy tam, gdzie bóle wyrostka robaczkowego nigdy nie sięgają; znane są jednak przypadki, w których bóle te lokalizowały się właśnie w punkcie *Mac Burney'a* i doprowadziły do błędów rozpoznawczych.

6. Po sztucznem poronieniu mogą wystąpić objawy bardzo podobne do ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W obecnych więc czasach u podejrzanych chorych zawsze należy myśleć o tej możliwości.

7. Znane są wypadki przeoczenia ciężarnej macicy, która z powodu tyłozgięcia dawała objawy, podobne do ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

8. Bolesne miesiączkowanie (dysmenorrhoea) symulować może zapalenie wyrostka robaczkowego ślepej kiszki tembardziej, że bolesne miesiączkowanie często jest jednym z objawów stanu zapalnego wyrostka robaczkowego.

9. Są znane przypadki, w których pęknięcie ciężarnej macicy rozpoznane było jako ostre zapalenie wyrostka robaczkowego ślepej kiszki.

10. Pęknięcie pęcherzyka Graafa w okresie jajeczkowania może dać objawy, podobne do tych, które daje ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i może być rozpoznane jako zapalenie wyrostka, ponieważ pęknięcie pęcherzyka *Graafa* niezawsze daje duży wylew krwi do jamy otrzewnowej i niezawsze powoduje typową małokrwistość.

11. Zapalenie otrzewnej pneumokokowe przeważnie u dzieci i dziewczynek niejednokrotnie już było rozpoznawane jako zapalenie wyrostka robaczkowego.

Widzimy zatem, że rozpoznanie różniczkowe zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet zajmuje w medycynie zupełnie odrębny dział, należący do pogranicza ginekologji z chirurgją i o ile rozpoznanie tego schorzenia u mężczyzn i dzieci obu płci dla wprawnego chirurga nie przedstawia trudności, o tyle rozpoznanie to u kobiet jest znacznie trudniejsze i samo badanie poprzez powłoki brzuszne u kobiet nigdy nie jest wystarczające do ustalenia ostatecznego rozpoznania. Dotyczy to w szczególności rozpoznania podostrego i przewlekłego stanu zapalnego wyrostka, w którym badanie ginekologiczne przez pochwę celem ostatecznego rozpoznania, powinno być uważane jako conditio sine qua non.

Przechodząc na końcu swych rozważań zkolei do sprawy postępowania leczniczego w zapaleniu wyrostka robaczkowego, również należy stwierdzić, że nie powinno ono być jednakowe u mężczyzn i u kobiet.

Nieoperowane bowiem zapalenie wyrostka robaczkowego u mężczyzn, o ile się wygoi samodzielnie, zazwyczaj nie daje bezpośrednio żadnych złych następstw pod względem zmian i upośledzeń czynnościowych w organach sąsiednich.

Wcale inaczej sprawa przedstawia się u kobiet. U nich jak to widzieliśmy, sprawa zapalna z wyrostka łatwo może się przerzucić na przydatki maciczne i może się stać przyczyną ciąży zamacicznej oraz szeregu innych ciężkich schorzeń organów rodnych, powodując tem prawdziwe kalectwo kobiety, znajdującej się w pełni sił. Nawroty zaś sprawy zapalnej nieoperowanego w swoim czasie wyrostka, w okresie ciąży i połogu, zagrażają wprost życiu matki i płodu. Wiemy przecie, że operowane w czasie ciąży kobiety, ronią zgórą w 50% przypadków i łatwo zapadają przytem na zapalenie otrzewnej.

Z prac *Pinarda* i *Rosnera* wynika bezsprzecznie, że ciąża ułatwia powstanie nawrotu zapalenia wyrostka robaczkowego. Jest to łatwo zrozumiałe, gdy weźmiemy pod uwagę te zmiany anatomiczne, które zachodzą w jamie brzusznej podczas dojrzewania płodu; zmiany te mają wpływ ujemny na zrosty zapalne i ogniska otorbione. Jeszcze bardziej groźne pod tym względem są ruchy płodu i skurcze macicy, które występują w przebiegu ciąży prawidłowej i według *Doederleina* łatwo prowadzić mogą do rozdarcia istniejących zlepów

zapalnych w okolicy wyrostka robaczkowego i do rozlania się otorbionej ropy do wolnej jamy trzewnej.

Jeżeli teraz jeszcze weźmiemy pod uwagę, że według tegoż autora odsetek śmiertelności z ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet ciężarnych i położnic nieoperowanych przekracza cyfrę 60%, to dojdziemy do wniosku, że obecność chorego wyrostka robaczkowego w jamie brzusznej u kobiety należy uważać za rzecz bez porównania niebezpieczniejszą, aniżeli u mężczyzn i o ile u mężczyzn może być mowa o chwilowem leczeniu zachowawczem i czekaniu do następnego napadu, o tyle u kobiet w żadnym wypadku o takiem czekaniu mowy być nie może, i tylko w razach wyjątkowych wobec nader poważnych przeciwwskazań nie operujemy kobiety z chwilą, gdy rozpoznaliśmy u niej schorzenie wyrostka robaczkowego.

WNIOSKI OSTATECZNE.

1) Wyrostek robaczkowy u kobiet znacznie częściej aniżeli u mężczyzn, zbliża się do małej miednicy i tem samem znacznie łatwiej może być wciąginęty w sprawy zapalne, toczące się w małej miednicy.

2) Niekorzystne dla wyrostka robaczkowego położenia jego względem kątnicy, w których wyrostek robaczkowy łatwo ulega schorzeniu, a mianowicie: wyrostki zgięte do tyłu, zagięte na zewnątrz i wyrostki zwisające ku dołowi, znacznie częściej zdarzają się u kobiet, aniżeli u mężczyzn.

3) U kobiet często spotykamy szerzenie się spraw chorobowych z wyrostka robaczkowego na organa rodne i naodwrót. U mężczyzn zaś możliwość kombinowanego schorzenia wyrostka i organów rodnych jest prawie całkiem wyłączona.

4) Kobiety, jak to wynika ze statystyk oddziałów chirurgicznych, zapadają bez porównania częściej na zapalenie wyrostka, aniżeli mężczyźni (70% kobiet w stosunku do 30% mężczyzn).

5) Objawy kliniczne zapalenia wyrostka robaczkowego naogół mają u kobiet znacznie mniejszą wartość rozpoznawczą, aniżeli u mężczyzn, i omyłki rozpoznawcze z powodu tego są u kobiet o wiele częstsze.

6) Rozpoznanie różniczkowe zatacza u kobiet znacznie szerszy krąg możliwości i jest o wiele trudniejsze, aniżeli u mężczyzn, ze względu na obecność w jamie brzusznej organów rodnych.

7) Pod względem postępowania leczniczego, musimy u kobiet być bardziej radykalni i usuwać wyrostek u nich niezwłocznie po stwierdzeniu, że jest chory ze względu na możliwość późniejszych ciężkich komplikacyj podczas ciąży i porodu, u mężczyzn natomiast znacznie częściej dopuszczalne jest postępowanie bardziej zachowawcze.

PIŚMIENNICTWO, KTÓRE WZIĘTE BYŁO POD UWAGĘ W PRACY NINIEJSZEJ.

I. Prace polskie.

1) *Broniatowski.* Append. gangrenosa sub part. Now. Lek. 1910. Nr. 2, 2) *Broniatowski.* O związku pomiędzy wyrostkiem a przydatkami. Przegląd Chir. i Gin. 1910. t. IV. 3) *Ciechanowski* i *Gliński.* O topografji kątnicy i wyrostka rob. 4) *Czyżewicz.* Appendicitis u kobiet. 5) *Dobrucki.* Wyrostek a żołądek. Gazeta Lek. 1910 Nr. 22. 6) *Filimonowski.* Topografja wyrostka robacz. Przegląd Lek. 1903. Nr. 42. 7) *Gluziński.* Zapalenie wyrostka a błonica. Tyg. Lek. 1907. 8) *Hornowski.* Anatomja pat. 1924. 9) *Kaczyński.* O niewspółmierności objawów klin. i zmian anat. w zapaleniu wyr. rob. P. Przegląd Chir. 1925. z. 3. 10) *Klecki.* Etjologja appendicitis. Gaz. Lek. 1911. Nr. 43. 11) *Kader.* Leczenie zapalenia wyr. rob. Gaz. Lek. 1911. Nr. 43. 12) *Kostanecki.* O topografji wyrostka rob. Gaz. Lek. 1911. Nr. 43. 13) *Krauze.* Ciąża zamaciczna rozpoznana jako zapalenie wyr. rob. Przegląd Chir. i Gin. 1910 t. IV. 14) *Łążyński.* Z dziedziny powikłań zapalenia wyr. rob. Przegląd Lek. 1909. 37 — 38. 15) *Monsiorski.* Zapalenie wyr. rob. a ciąża jajowodowa. Przegl. Lek. 1914. t. X. 16) *Nowicki.* Patogeneza i etjologja zapaleń wyr. rob. Lw. Tyg. Lek. 1908. Nr. 32—33. 17) *Radliński.* Krwiomocz przy zapaleniu wyr. rob. 1913. 18) *Rosner.* Appendicitis w położnictwie i ginekologji. 19) *Rosner.* Z pogranicza położnictwa i chirurgji. Przegl. Lek. 1912. t. XII. 20) *Rutkowski J.* O wybroczynach operacyjnych w wyrostku rob. 1925. 21) *Rydiger.* O wczesnych operacjach ostrego zapalenia wyr. rob. Tyg. Lek. 1909. 22) *Rydiger.* O leczeniu ostrego zapalenia wyr. rob. Tyg. Lek. 1911. Nr. 47. 23) *Slęk.* O ostrej niedrożności wyr. rob. Przeg. Chir. 1902. 25) *Zakrzewski.* O zapaleniu wyr. rob. Nowiny Lek. 1909. 26) *Ziemacki.* Etjologja zap. wyr. rob.

II. Prace obcokrajowe.

27) Amann. Deut. med. Woch. 1900. Nr. 23. 28) *Barnsby.* Revue de chir. 1902. II. 29) *Bettmann.* Dissert. Jena. 1906. 30) *Berard* et *Vignard.* L'appendicite 1914. 31) *Burchard.* Geb. und Gynäk. P. 1926. 2. 32) *Beutner.* La presse med. 1924 Nr. 97. 33) *Mac Burney.* New York. Med. Journal 1889. 34) *Caplesco.* Bulletins de la soc. nation de chir. 1925. Nr. 29. 35) *Clado.* Société de Biologie. 1892. 36) *Dührssen.* Archiv. f. Klin. Chir. 1899. 59. 37) *Durand.* Progrés medic. 1895. Nr. 27. 38) *Falk.* Zentralbl. f. Gynek. 1900. 7.

39) *Faure.* La Presse medical. 1924. Nr. 93. 40) *Fink.* Zentralbl. f. Gynek. 5/6 1925. 41) *Fränkel.* Münch. med. Wochenschr. 1901. 43. 42) *Fromm.* Zentralbl. f. Gyn. 1908. 18. 43) *Füth.* Zentralbl. f. Gyn. 1905. 7. 44) *Garau.* Lyon chir. 1-er Mai. 1910. 45) *Green.* Rev. Fr. de Gyn. et d'obst. 1925. 46) *Hermer.* Deutsche Zeitschr. f. chir. 1903. 68. 47) *Herrgot.* Annales de Gynec. t. 1900. 54. 48) *Hlawack.* Monatsschr. f. Geb. und Gynek. H. 1897. 4. 49) *König.* Geb. und Gynekol. 1925 5/6. 50) *Krüger.* Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1897. 45. 51) *Lenander.* Klin. Vortr. Neue Folge Nr. 1893. 75. 52) *Lanz.* Zentralblatt für Chir. 1908. Nr. 7. 53) *Leendartz.* Geb. und Gynek. 5/6. 1925. 54) *Legneu.* Lec. de clin. chir. Paris. 1902. 1902. 55) *Morris.* American Journal of obstetric November 1909. 56) *Oidtmann.* Zentr. f. Gynäk. Nr. 15. 1905. 57) *Olshausen.* Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 32. 58) *Pankow.* Zentr. f. Gyn. Nr. 1907. 25. 60) *Pinard.* Bull. de l'Acad. de med. 1900. 6/III. 61) *Mc Rae.* New York. Med. journ. 1901. 62) *Rovsing.* Zentralblatt f. chir. 26/X. 1907. 63) *Stähler.* Zentr. f. Gyn. 1906. 64) *Sprängel.* Appendicitis. Stuttgard. 1906.

LISTY DO REDAKCJI.

Do

Szanownej Redakcji „Wiedzy Lekarskiej“.

Na marginesie artykułu „Rzadki objaw w cukrzycy“, podanego przez p. D-ra Sejneńskiego w Wiedzy Lekarskiej (nr. 2/1932), pozwalam sobie na kilka uwag.

Zastrzegam się z góry, że uwagi te nie roszczą sobie pretensji do jakichś rozważań naukowych, ani w niczem nie negują trafności spostrzeżeń p. D-ra Sejneńskiego, lecz mają na celu zwrócenie uwagi na możliwość istnienia hematurji w cukrzycy, jako objawu samoistnego schorzenia dróg moczowych i że nie jest treścią podanego artykułu dostatecznie przekonywująco udowodnione, że zaobserwowana hematurja była objawem samej cukrzycy.

Ani podmiotowe badanie, ani dokładna analiza moczu, w którym, oprócz pojedyńczych krwinek, nie wykazano żadnych patologicznych elementów, nie wystarczają na usunięcie podejrzenia w kierunku istnienia samoistnego schorzenia dróg moczowych.

Jest elementarnym obowiązkiem przy hematurji przeprowadzić cystoskopję w czasie krwawienia celem stwierdzenia źródła krwawienia. (pęcherz, obie nerki, jedna nerka).

Malutki, dobrotliwy brodawczak pęcherzowy może wywołać gwałtowną hematurję, która, jak letnia burza, przechodzi bez interwencji lekarskiej, aby dopiero po latach pojawić się na nowo, wówczas, gdy urósł do wielkich rozmiarów i zmienił się złośliwie.

Już pierwsza cystoskopja może ujawnić obecność brodawczaka w pęcherzu i dać wskazanie do jedynie racjonalnej i natychmiastowej terapji, a to, elektrokoagulacji.

Cystoskopja przeprowadzona w czasie krwawienia, może nas pouczyć, czy nie krwawi przypadkowo jedna nerka. Objaw ten jest bardzo podejrzany na nowotwór w miedniczce nerkowej, n. p. na obecność w niej brodawczaka. I w tym wypadku terapja nie mogłaby się ograniczyć do leczenia objawowego, lecz musiałaby być z natury rzeczy chirurgiczną.

Nie od rzeczy będzie przypomnieć, że i gruźlica nerki może się poraz pierwszy objawić hematurją, a przedewszystkiem nowotwór złośliwy, który po przez miąższ nerki przerósł do miedniczki nerkowej, n. p. hypernephroma.

Nie negując hematurji, jako objawu cukrzycy, uważam, że pacjentka z hematurją należy bezwzględnie przebadać urologicznie i tylko tą drogą wykluczyć poważne schorzenia dróg moczowych. Bez badania urologicznego nie można zaobserwowanego objawu hematurji zaliczyć do objawów cukrzycy w danym przypadku.

Dr. med. M. Grossfeld

Jaworzno.

*

* *

W związku z artykułem p. D-ra Sejneńskiego, zamieszczonego w II zeszycie z 1932 r. „Wiedzy Lekarskiej“ p. t. „Rzadki objaw w cukrzycy“ chciałbym zaznaczyć, co następuje:

Bezsprzecznie jest prawdą, że krwawienia należą do rzadkich objawów w przebiegu cukrzycy.

Przypadek jednak opisany przez autora absolutnie nie upoważnia do wniosku, że hyperglikemja odegrała nietylko główną ale jakąkolwiek bądź rolę przy powstaniu krwawienia, a to przedewszystkiem z tego względu, że rozpoznanie cukrzycy w danym przypadku jest conajmniej wątpliwe.

Rozpoznanie cukrzycy u osobnika, nie przedstawiającego żadnych charakterystycznych dla tego cierpienia skarg, a mianowicie wzmożonego łaknienia i pragnienia, wychudzenia i in., bez określenia poziomu cukru we krwi, litylko na tej zasadzie, że w moczu stwierdza się 0,2% cukru gronowego nie może być traktowane poważnie. Na zasadzie tak nikłej glikosurji nie wolno stawiać rozpoznania cukrzycy, z całem bowiem powodzeniem możnaby cukromocz ten uzależnić od nadmiernego spożywania węglowodanów, a więc traktować jako nieszkodliwą glikosurję alimentarną. Dopóki

przeto nieznany jest poziom cukru we krwi i zachowanie się jego po obciążeniu węglowodanami, dopóki wielokrotne badania moczu nie wykażą, że cukromocz nie jest zwykłą glikosurją alimentarną, dopóty rozpoznanie cukrzycy będzie tylko gołosłownem twierdzeniem, nie opartem na żadnych realnych podstawach.

Parcie na mocz i obecność krwi w moczu nasuwają przypuszczenie, że przyczyny krwawienia szukać należy w schorzeniach narządu moczowego. Niestety, nie podał autor, czy krwiomoczowi temu towarzyszyły bóle, mimo to zamiast myśleć o cukrzycy jako o przyczynie krwawienia i opisywać rzadkie objawy urojonej choroby, należało uwzględnić trzy nasuwające się możliwości: kamicę nerkową, gruźlicę nerki i sprawę nowotworową nerek lub pęcherza moczowego. Podeszły wiek chorego, brak dotąd napadów kolki nerkowej, brak zmian gruźliczych w innych narządach, brak pollakysurji raczej przemawiają za sprawą nowotworową nerek, najprawdopodobniej za nadnerczakiem, przyczem w ten sposób możnaby wyjaśnić i cukromocz. Obecność nadnerczaka, produkującego nadmierne ilości adrenaliny, mogła się przyczynić do zmobilizowania glykogenu wątrobowego a tem samem i do cukromoczu.

Dr. H. Zalcman
Warszawa.

CHOROBY WEWNETRZNE.

Agranulocytoza na tle zatrucia bismutem. (Agranulocytose bismutique). A. Sèzary et G. Boucher.

Soc. Méd. des hopit. Nr. 33; 1931.

Autorzy obserwowali przypadek agranulocytozy, która powstała z powodu przewlekłego zatrucia bismutem. Obok charakterystycznego morfologicznego obrazu krwi spostrzegano również w tym przypadku krwawienie z dziąseł. Cierpienie to rozwinęło się u 42 letniego mężczyzny, który zgłosił się do lekarza z powodu wybitnych zmian zapalno-degeneracyjnych w jamie ustnej (stomatite ulcéreuse), umiejscowionych szczególnie na dziąsłach. Stwierdzono również krwawienie z dziąseł, obrzmienie gruczołów podszczękowych, oraz podwyższoną ciepłotę ciała (37,8 — 38,2° C.). Chory był blady i wyniszczony.

Podobne zmiany w jamie ustnej spotykano nieraz u chorych, leczonych bismutem z powodu kiły. Wspomniany chory kiły jednak nie przechodził i wstrzykiwań bismutu mu nie stosowano. Chory ten od dłuższego czasu cierpiał na nieżyt przewlekły kiszek grubych oraz na guzy hemoroidalne, których pozbyć się nie mógł pomimo leczenia chirurgicznego i stosowania diatermji. Guzy hemoroidalne krwawiły od szeregu lat. Od 3-ch zaś lat chory stosował 15—20 czopków miesięcznie, które zawierały 0,03 g. soli bismutu (0,015 metalicznego bismutu). Wprowadzał on wobec tego do odbytnicy 0,22—0,3 g. bismutu metalicznego miesięcznie. Chociaż wchłanianie z odbytnicy nie jest zbyt duże, to jednak z powodu owrzodzeń i stałego przekrwienia odbytnicy wchłanianie tam było lepsze, niż u ludzi zdrowych.

W kilka dni po zastosowaniu leczenia miejscowego stan zapalny w jamie ustnej prawie zupełnie ustąpił, lecz pomimo to chory nie czuł się lepiej: ciepłota ciała podniosła się do 39° C., osłabienie wzmogło się, uderzała bladość skóry i śluzówek chorego. Badanie krwi wykazało: c. czerwonych 2615000 hemoglobiny 50%, wskaźnik 0.96, c. białych 1860, z czego wielojądrzastych obojętnochłonnych 10,2%, eozynochłonnych 0.6%, limfocytów małych i małych monocytów 58.2%, monocytów średnich 11.2%, monocytów dużych 4%, komórek nieokreślonych 15,8%. Polychromatofilji, anizocytozy, poikilocytozy oraz c. czerwonych jądrzastych nie stwierdzono.

Wobec powyższego obrazu morfologicznego krwi, oraz znacznego krwawienia z dziąseł zastosowano przetaczanie krwi, wyciąg z wątroby, chlorek wapnia i hemostyl. Ogółem chory otrzymał trzy przetaczania krwi (150; 200; 200 cm³), które nie poprawiły jego stanu. Bezpośrednią przyczyną zgonu chorego było ognisko zapalne w płucu.

Agranulocytoza, pojawiająca się wskutek przewlekłego zatrucia bismutem, była już spostrzegana, występowała ona jednak w leczeniu bismutem kiły. Spostrzeżenie zaś powyższe należy do wyjątkowo rzadkich. Prawdopodobnie wspomniany chory był szczególnie predysponowany do chorób krwi, a to z powodu przewlekłego krwawienia hemoroidalnego oraz przewlekłego zatruwania się gazami benzolowemi (pracował w fabryce samochodów). Przewlekłe wprowadzanie do ustroju bismutu było zatem czynnikiem dodatkowym, który doprowadził do agranulocytozy.

Praktyczne zastosowanie djety ketonotwórczej w leczeniu padaczki. (Le régime cétogène dans l'épilepsie; son application pratique). Ph. Pagnier et A. Plichet.

Presse Méd. Nr. 100; 1931.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki podano sposób odżywiania chorych na padaczkę, dzięki któremu stan tych chorych ulegał wybitnej, niekiedy nawet długotrwałej poprawie. Pożywienie to polega na zmniejszaniu węglowodanów przy obfitem podawaniu tłuszczów, dzięki czemu powstają ciała ketonowe. Przez dłuższy czas nie pojawiały się prace któreby mogły potwierdzić wyniki osiągnięte przez autorów amerykańskich. Ostatnio zaś *Talbot* wspólnie z innymi ogłosił dzieło, obejmujące 208 przypadków padaczki, leczonych djetą ketonotwórczą. Według tych autorów mniej więcej jedna trzecia przypadków została zupełnie wyleczona. Z pozostałych ⅔ ,część chorych uległa wybitnej poprawie, inne przypadki zawiodły całkowicie. Wobec tak zachęcających wyników leczenia *Ph. Panier* i *A. Plicher* stosowali djetę ketonotwórczą w 5 przypadkach padaczki. Obserwacje powyższe dotyczą dzieci oraz młodych ludzi (od 6 — 20 lat). Djetę ketonotwórczą stosowano okresowo. Każdy okres trwał około dwudziestukilku dni, przerwy pomiędzy okresami wynosiły około 20 dni. Djeta ketonotwórcza przedstawiała się w sposób następujący: Śniadanie 100 g. mleka, 50 g. masła i chleb dla cukrzycowych. Obiad: 50 g. mięsa, 50 g. masła, 20 g. oliwy, 100 g. zielonych jarzyn, chleb dla cukrzycowych. Podwieczorek: 100 g. mleka. Kolacja: 1 jajko, 50 g. masła, 100 g. szpinaku, kawałek sera szwajcarskiego. Ogółem djeta podobna zawiera 17,3 g, węglowodanów, 28,2 g. białka, 184 g. tłuszczu, razem 1802 kalorje. Podobną djetę stosowano wszystkim chorym, zmieniając ją tylko nieznacznie w stosunku do wieku i wagi chorego. Zazwyczaj powtarzano podobną djetę 3 lub 4 razy z odpo-

wiedniemi przerwami. Aceton w moczu u tych chorych zjawiał się nieregularnie naprzykład w pierwszym okresie prowadzenia djety 5 razy w przeciągu 19 dni, w drugim okresie 8 razy w przeciągu 17 dni.

Z 5 obserwowanych przypadków w 2-ch stwierdzono wyraźną poprawę. W ogólności chorzy znosili djetę ketonotwórczą dobrze i żadnych objawów ubocznych u nich nie spostrzegano. Djeta ta odgrywa bez wątpienia poważną rolę w leczeniu padaczki i zasługuje na uwagę.

Zmiany dotyczące białka krwi w przebiegu cukrzycy. (Modifications des albumines du sang au cours du diabète sucré). Marcel Labbé et Raoul Boulin.
Presse Méd. Nr. 94; 1931.

Co się tyczy ogólnej ilości białka we krwi u dotkniętych cukrzycą to zdania poszczególnych autorów nie są w tej kwestji uzgodnione. Podczas gdy jedni twierdzą, że u tych chorych ilość białka we krwi jest normalna, inni dochodzą do wniosku, że może być ona zmniejszona lub zwiększona, w zależności od ilości wprowadzanych do ustroju płynów. Inni znowu sądzą, że u cukrzycowych wyniszczonych ilość białka we krwi jest zmniejszona, podczas gdy u chorych odżywionych dostatecznie, prawidłowa. Istnieje również pogląd, że z chwilą znacznego zakwaszenia ustroju ilość białka we krwi cukrzycowych wzrasta. W kwestji albumin i globulin nie osiągnięto również poglądu jednolitego; według niektórych autorów podczas śpiączki wzrasta ilość globulin i tem samem zmniejsza się wskaźnik albuminowo-globulinowy. Istnieje również pogląd wprost przeciwny, a mianowicie, że podczas śpiączki wzrasta ilość albumin we krwi.

Wobec powyższych różnorodności zdań *M. Labbé* i *Boulin* określali w 100 przypadkach cukrzycy ogólną ilość białka oraz ilość albumin i globulin we krwi tych chorych. Posługiwali się oni metodą *Pietrre* i *Vila*, przyjmując pod uwagę następujące wahania białka albumin i globulin, jakie spotykane są u większości ludzi zdrowych. Ogólna ilość białka 70,8°/₀₀, albumin 42,56°/₀₀, globulin 23,33°/₀₀. Wskaźnik albuminowo - globulinowy 1,5-2. Według *Labbé* i *Boulin* w cukrzycy nie powikłanej ma się przeważnie do czynienia ze zwiększoną ilością albumin (w średniem około 61,85°/₀₀) w jednym przypadku liczba ta sięgała nawet 104,47°/₀₀. Co się tyczy globulin, to ilość ich zazwyczaj była normalna, w średnim około 29,01°/₀₀. Wobec powyższych wyników wskaźnik albuminowo - globulinowy według *Labbé* i *Boulin* był zwiększony i sięgał nawet do 4,36, w średniem wynosił 2,32. Według *Labbé* i *Boulin* zwiększona ilość albumin występuje zarówno u cukrzycowych niedożywionych, jak i odżywionych prawidłowo. W przypadkach wyniszczenia ilość albumin sięga nawet liczby wyższej, niż w przypadkach cukrzycy z odżywieniem prawidłowem.

W śpiączce stwierdzali powyżsi autorzy zazwyczaj zwiększoną ogólną ilość białka, obok nie zmienionego wskaźnika albuminowo-globulinowego lenia opon o innej etjologji (meningokoki — 541 go, który wynosił w średnim 2,02.

W cukrzycy powikłanej gruźlicą płucną w w większości przypadków albuminy nie były tak wybitnie zwiększone, jak w cukrzycy niepowikłanej.

W cukrzycy współprzebiegającej z marskością wątroby stwierdzano natomiast zmniejszoną ilość globulin w stosunku do albumin, obok normalnej ilości białka całkowitego.

U cukrzycowych dotkniętych nefrozą lipoidową spostrzegano wybitne zmniejszenie się ogólnej ilości białka, zmniejszenie ilości albumin (20,9°/₀₀) oraz normalną ilość globulin (30,5°/₀₀).

Autorzy sądzą, że zwiększenie się albumin w cukrzycy nie powikłanej świadczy o upośledzonej czynności wątroby, jaka ma występować w cukrzycy.

J. Węgierko.

CHIRURGJA.

Klasyfikacja schorzeń odżywczych kości i osteozy przytarczycowe. (La classification des dystrophies osseuses et l'ostéose parathyroïdienne). Lièvre.
La Presse Méd. Nr. 13, luty 1932.

Autor zwraca uwagę na istniejące w dziedzinie schorzeń odżywczych (troficznych) kości pewne pomieszanie pojęć i niedokładności klasyfikacji, które prowadzą nieraz do błędnego utożsamiania zupełnie odrębnych schorzeń jak np. choroby Recklinghausena i Pageta. Rozróżnia on w dziedzinie tej trzy zasadnicze grupy chorób: osteopatje wskutek braku wapnia w ustroju osteitis deformans Pageta i osteosis parathyreoidea.

I. Osteopatje grupy pierwszej są wywołane przez głód wapniowy ustroju, będący następstwem pewnych braków odżywienia jakościowych (awitaminoza) i ilościowych i niewłaściwych warunków higjenicznych bytowania. Działające tutaj czynniki etjologiczne mogą być różne. Cierpienie występuje często nagminnie lub endemicznie. Należą tu: rozmiękczenie kości (osteomalacja), krzywica, gnilec i choroba Möller-Barlowa (jako awitaminoza C) i inne. Charakterystycznem dla stanów powyższych jest spostrzegane stale obniżenie zawartości wapnia w surowicy krwi — w przeciwieństwie do osteoz przytarczycowych, którym towarzyszy zwiększenie stężenia wapnia we krwi.

Do objawów osteopatji wskutek braku wapnia w ustroju często przyłączają się objawy tężyczki jawnej lub ukrytej — jako inny przejaw tego głodu wapniowego.

II. Osteitis deformans Pageti była przez czas dłuższy mylnie identyfikowana z chorobą Recklinhausena (osteitis fibrosa, osteodystrophia fibrosa), od której różni się zasadniczo i swym obra zem klinicznym (wiek starszy, powolny rozwój, symetryczny przerost kości kończyn dolnych, czaszki i kości tułowia), i etjologją (w chorobie Pageta — zupełnie nieznaną). W kościach stwierdzamy tu następujące zmiany: zwłóknienie szpiku kostnego i chorobliwą przebudowę kości, polegającą na zaniku jednych beleczek kostnych i znacznem zgrubieniu innych. Obraz radjologiczny kości jest zatarty, jej zarysy są jakby zamglone („aspect ouaté"). Stężenie wapnia w surowicy krwi jest prawidłowe (prawidłowa przemiana wapniowa), przytarczyce zmian chorobowych nie wyka-

ALLOCHRYSINE
Lumière

(Sól złotowa siarczanu sodowego tioglicerydu)

Działanie lecznicze złota zawartego w Allochrysine spotęgowane jest łatwo odszczepiającą się cząsteczką SIARKI in statu nascendi.

Stosowany śródmięśniowo, lub podskórnie a nie dożylnie,

wchłania się powoli i nie wywołuje gwałtownego toksycznego działania.

Wskazania:

1) **GRUŹLICA (wszelkie postaci i okresy)**
2) **TOCZEŃ RUMIENIOWATY (lupus erythematoides)**
   1 zastrzyk tygodniowo.
3) **GOŚCIEC STAWOWY, PRZEWLEKŁY**
   1 do 2 zastrzyków tygodniowo

W sprzedaży:

1) **ampułki à 0,05 Allochrysine**
2) „ „ 0,1 „
3) „ „ 0,2 „



№ Rej. 1412, 1413, 1414

Każde pudełko zawiera 1 ampułkę 2 cc. stężonego rozczynu ALLOCHRYSINE i 1 ampułkę 8 cc. płynu izotonicznego. Należy oba płyny nabrać do strzykawki dla przygotowania rozczynu ex tempore.

Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9, tel. 924-39, 930-42.
Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

zują. Etjologja cierpienia — jak już zaznaczono — jest jeszcze zupełnie ciemna.

III. Istotę osteoz przytarczycowych jest nadmierne uruchamianie wapnia z układu kostnego i jego wydalanie bądźto nazewnątrz (z moczem — łatwe tworzenie się kamieni wapniowych), bądź też jego deponowanie w trzewach, naczyniach krwionośnych i w luźnej tkance łącznej (podskórne guzki wapniowe), Zawartość wapnia w surowicy krwi bywa zwiększona — przynajmniej dopóki nie nastąpi krańcowe zubożenie ustroju w wapień. W związku z przeładowaniem układu mięśniowo-nerwowego wapniem występuje obniżenie jego pobudliwości (w przeciwieństwie do tężyczki) i ogólne osłabienie mięśniowe (astenja). Przyczyną powyższych zmian chorobowych jest nadczynność przytarczyc, zwykle w przebiegu gruczolaka przytarczycy. Leczenie polega na wycięciu chorej przytarczycy.

Należą tutaj między innemi, przypadki schorzenia włóknistego kości czyli choroby Recklinghausena, umiejscowionej (często pod postacią torbieli) lub mniej czy więcej uogólnionej.

Rozpoznawanie rentgenologiczne i sposoby leczenia operacyjnego wgłobienia jelit u dorosłych. (Invagination intestinale aiguë par diverticule de Meckel, par lipome du caecum et sans cause apparente). Voncken, Moiraud i Séjournet.

Ref. Brocq. Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 2, styczeń 1932.

Autorowie à propos trzech przypadków: wgłobienia krętnicy w kretnicę wskutek obecności uchyłka Meckela u kobiety 62-letniej, wgłobienia krętniczo-kątniczookrężnicowego wskutek tłuszczaka kątnicy u kobiety 52-letniej i wgłobienia kretniczo-katnicowego bez widocznej przyczyny u kobiety 38-letniej — omawiają szczegóły rozpoznawania rentgenologicznego wgłobienia jelit i różne sposoby leczenia operacyjnego tego cierpienia.

Prześwietlenie względnie zdjęcie rentgenowskie (wlewanka kontrastowa) w wielu przypadkach moga ogromnie ułatwić rozpoznanie wgłobienia. Badanie to może wykazać bądź to niecharakterystyczne nagłe zatrzymanie się masy kontrastowej w jednem miejscu (zwykle u szczytu odcinka wgłobionego) w jej przesuwaniu się w kierunku dogłowowym, badź obraz, powstały wskutek kombinacji wypełnienia masą odcinka wgłobionego i wgłabiajacego, bądź też pozorne znikniecie to jest niewidocznienie na ekranie pewnego odcinka jelita (masa kontrastowa przechodzi poprzez odcinek wgłobiony cieniutkim niewidocznym strumieniem, przyczem odcinki powyżej i poniżej wgłobienia są wypełnione dobrze).

Wybór tej czy innej metody operacyjnej zależy w pierwszym rzedzie od warunków anatomo-patologicznych, na jakie się natrafi przy operacji, ale stan ogólny chorego gra tutaj, naturalnie, równie dużą rolę.

Stan ogólny bywa znacznie cieższy w przypadkach ostrego wgłobienia, niż w przypadkach przewlekłego. Na gorsze rokowanie składaja sie tu: dłuższy okres czasu, jaki upłynał od chwili wystąpienia objawów niedrożności, dłużej trwające zakażenie ściany jelita i krezki, długość odcinka wgłobionego i rozległość jego umocowania w odcinku wgłabiającym. Naogół, wgłobienia krętniczo-krętnicze przebiegają znacznie łagodniej od krętniczo-kątniczych. Metodą z wyboru w leczeniu wgłobienia jelitowego u dorosłych jest odgłobienie, o ile naturalnie jest wogóle możliwe do przeprowadzenia bez użycia bardziej gwałtownych rękoczynów. Po odgłobieniu, o ile — przy dobrym stanie ściany kiszki — znajdziemy jako przyczynę wgłobienia guz, usunąwszy go wówczas zapomocą nacięcia ściany kiszki lub jej wycięcia; o ile jednak zajdzie przytem konieczność wycięcia odcinka kiszki grubej, lepiej jest wykonać to dwuczasowo. Jeżeli odgłobienie nie udaje się względnie odcinek wgłobiony okaże się zmienionym zgorzelinowo, to wówczas w przypadkach wgłobienia krętniczo-krętniczego wskazanem będzie jednoczasowe rozległe wycięcie odcinka obumarłego, w przypadkach zaś wgłobienia krętniczo-kątniczo-okrężnicowego wycięcie jednoczasowe — ze względu na dużą śmiertelność pooperacyjna (30 — 50%) — będzie zasadniczo przeciwskazanem. Metodą z wyboru będzie tutaj albo wyłonienie pętli jelitowej i anus praeternaturalis in situ, albo też wyciecie pętli zmienionej i wszycie obu otworów (odcinka dogłowowego i doodbytnicowego) w powłoki brzuszne.

Sposób operowania wgłobienia przez wykonanie jedynie zespolenia odcinków powyżej i poniżej wgłobienia, z ewentualnem wyłączeniem odcinka wgłobienia ale z pozostawieniem go na miejscu, zostaje obecnie zarzucony.

Operacja Barker-Widenham-Maunsell, polegająca na wycieciu odcinka wgłobionego po nacieciu ściany odcinka wgłabiającego, znajduje swoje wskazania tylko w wyjątkowych przypadkach, a mianowicie: przy znacznej długości i nieodprowadzalności odcinka wgłobionego, coby zmusiło do bardzo rozległego wycięcia kiszki.

Przyczynek do rozpoznawania i leczenia pourazowych wylewów krwawych podoponowych, między opona twarda a powierzchnią mózgu. (Hémorrhagie intradurale à symptomatologie retardée, consécutive à un traumatisme du crâne. Apoplexie traumatique tardive). Burgeat i Guibal.

Ref. Lenormant. Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 5, luty 1932.

W związku ze spostrzeganiem dwu odnośnych przypadków autorowie zastanawiają się nad obrazem klinicznym i sposobami leczenia pourazowych wylewów krwawych pod oponą twardą (z równoczesnem uszkodzeniem kości czaszki lub nie).

Częstość występowania tego rodzaju wylewów krwawych jest znacznie większa, niż się ogólnie przypuszcza; wylewy podoponowe zdarzają się o wiele częściej od zewnątrzoponowych (między opona twarda i kością). Vance z Nowego Jorku na 507 sekcyj w przypadkach złamania czaszki obecność krwiaka podoponowego stwierdził w 156 przypadkach, obecność zaś krwiaka zewnętrzoponowego (haematoma extradurale) — tylko w 61 przypadkach. Anatomo-patologicznie rozróżniać należy krwiaki podoponowe rozlane, otaczające prawie całą półkulę mózgową, i krwiaki ograniczone. Te pierwsze są

najczęstsze i najgroźniejsze dla życia chorego. Punkt wyjścia tych wylewów rzadko daje się ustalić, nawet na stole sekcyjnym; najprawdopodobniej chodzi tu o rozerwanie żyły opony naczyniowej w miejscu jej ujścia do zatoki żylnej strzałkowej (sinus longitudinalis superior). Zresztą, ustalenie punktu wyjścia krwiaka podoponowego nie ma żadnego znaczenia praktycznego, leczniczego, gdyż w chwili operacji krwawienie z reguły już oddawna jest nieczynne (w przeciwieństwie do krwiaków pozaoponowych).

Pod względem klinicznym bardzo charakterystyczną jest dosyć długa przerwa pozornego zdrowia (do kilku tygodni), jaka dzieli moment wystąpienia pierwszych objawów klinicznych od urazu. Przerwa ta w przypadkach krwiaków zewnątrzoponowych nie przekracza nigdy 24 — 48 godzin. Drugą charakterystyczną cechą krwiaków podoponowych jest nasilanie się objawów chorobowych jakby skokami, napadami, którym odpowiadają prawdopodobnie nawroty krwawienia; w przerwach między temi napadami stan chorego ulega widocznej poprawie. Z czasem rozwijają się zwykłe objawy wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, nie mające w sobie nic charakterystycznego dla tego rodzaju krwiaków. Rozpoznawanie różniczkowe od krwiaków zewnątrzoponowych na podstawie objawów miejscowych uciskowych bywa naogół trudne, jakkolwiek przyjmuje się powszechnie, że te ostatnie dają wyraźne objawy uciskowe okolicy bróżdy Rolanda, krwiaki zaś podoponowe dają najczęściej rozległe podrażnienia kory mózgowej danej półkuli. Płyn mózgowordzeniowy w przypadkach krwiaków zewnątrzoponowych domieszki krwi z reguły nie zawiera, w przypadkach zaś krwiaków podoponowych bywa zwykle krwisty, ale niezawsze, gdyż przy dłuższem trwaniu choroby może stać się wtórnie zupełnie klarownym.

Leczenie krwiaków podoponowych, przejawiających się późno, jest z reguły operacyjne, przyczem wskazania do natychmiastowej operacji wypływają zwykle z nagłego i znacznego pogorszenia się stanu chorego. Po wydłutowaniu odpowiedniego otworu w kości i stwierdzeniu obecności krwiaka podoponowego, nie wystarcza go nakłuć poprzez opone twardą i opróżnić, pewniej prowadzi do celu nacięcie opony, usunięcie możliwie dokładne skrzepów krwi i pozostawienie szerokiego otworu komunikacyjnego między jamą krwiaka i przestrzenią podmieśniową. Powłoki czaszki zaszywa się doszczętnie.

Zejścia śmiertelne występują przeważnie w tych przypadkach, w których obok krwiaka podoponowego mamy stłuczenie i wylewy krwawe do samej tkanki mózgowej.

Schorzenia pourazowe napięstka. (Traumatismes du carpe). **Dejardin i Bary.** *Bruxelles — Médicale Nr. 6, grudzień 1931.*

Po omówieniu pokrótce anatomji kości i aparatu więzadłowego napiestka i fizjo-patologii ruchów w stawie promieniowo-napięstkowym i stawach śródnapięstkowych, autor przechodzi do opisu obrazu klinicznego i leczenia poszczególnych typów obrażeń napięstka.

I. Wykręcenia (distorsio). Obok zwykłego rozerwania więzadeł i torebek stawowych należą tu również oderwania kawałków kości wraz z przyczepami więzadłowemi, rozejścia się i nadwichnięcia poszczególnych kostek. Klinicznie stwierdza się ból samoistny, obrzmienie danej okolicy, bolesność uciskową i ograniczenie ruchów wskutek ich bolesności. Obrażenia te, będąc niewłaściwie leczone, doprowadzają do znacznych i trwałych zaburzeń czynnościowych. Z czasem może się rozwinąć pourazowe rozrzedzenie kości (e hyperaemia — wdg. Leriche'a) z następowemi objawami ze strony stawów, nadmierne uwapnienia, zaniki i zwiotczenia mięśni, zmiany odżywcze w skórze i t. p. objawy, składające się na obraz „arthritis traumatica".

Leczenie — poza nastawieniem bezkrwawem ewentualnych nadwichnięć — będzie polegało na stosowaniu gorąca, miesienia, przegrzewania (diatermji), kąpieli, mechanoterapji; w przypadkach wyjątkowo uporczywych trzeba się uciec do odnerwienia odnośnej tętnicy ramieniowej (sympathicectomia).

II. Zwichnięcia. Do najczęstszych należy zwichniecie kości półksiężycowatej w stronę dłoniową. Nieleczone doprowadza po dłuższym okresie bólów i zaburzeń odżywczych do zupełnego zesztywnienia napięstka (30 — 80% trwałej niezdolności do pracy). Jeśli kość półksiężycowata nie straciła całkowitego swego kontaktu z głową kości główkowatej, wówczas próby nastawienia bezkrwawego zwichnięcia mają widoki powodzenia. W przeciwnym razie należy się uciec do operacji (nastawienie krwawe, lub wycięcie kości półksiężycowatej). Nastawianie bezkrwawe odbywa się w sposób następujący: uśpienie ogólne, przedramię spoczywa na stole tak, żeby napięstek wypadł na brzegu stołu, operujący uruchamia napięstek, następnie pociąga ku sobie za dłoń, wygiętą w stronę grzbietową i jednocześnie duży palec operującego wciska od strony dłoniowej kość półksiężycowatą na miejsce. Ruchy po nastawieniu należy zacząć stosować jaknajwcześniej.

Zwichnięcia w stawie promieniowo-napięstkowym i zwichnięcia innych kości napięstka są naogół rzadkie.

III. Złamania. Najczęściej dotycza kości łódkowatej. Mechanizm sprowadza się do upadku na wyniosłości palca dużego (thenar) przy dłoni zgiętej grzbietowo. Do charakterystycznych objawów klinicznych należy obrzmienie w miejscu tabakierki anatomicznej i bolesność uciskowa tamże. Maksymalne zbliżenie do siebie odłamów uzyskuje się przez ułożenie dłoni w zgięciu dłoniowem i nieco w stronę łokciową. Podstawą leczenia jest jaknajszybsze uruchomienie czynne napięstka i terapja fizykalna. Jeśli bóle i ograniczenie ruchów utrzymują się przez czas dłuższy, a zdjęcie rentgenowskie wykaże odwapnienie rozległe i obecność wyrośli kostnych, należy się uciec do wyłuszczenia podokostnowego złamanej kości. Po operacji ruchy czynne należy zacząć od następnego dnia.

Rzadziej ulegają złamania: kość półksiężycowata, główkowata (może dawać bardzo nikłe objawy kliniczne) i wielościenna większa.

Zasadą leczenia obrażeń napięstka jest — przez jego natychmiastowe uruchomienie czynne nie dopuścić do powstania przyczyn anatomicznych (zorganizowania wysię-

ków i wylewów krwawych (pourazowych), któreby na drodze zwiotczenia mięśni i więzadeł i powstaniu blizn niepodatnych mogły doprowadzić do trwałego ograniczenia ruchów napięstka.

Wartość rozpoznawcza określania podstawowej przemiany materji w schorzeniach tarczycy. (La valeur diagnostique du métabolisme basal au cours des affections thyroïdiennes). Labbé.
La Presse Méd. Nr. 17, luty 1932.

Badanie podstawowej przemiany materji w przebiegu różnych schorzeń tarczycy słusznie jest uważane obecnie za sposób badania, pod względem rozpoznawczym, pierwszorzędnej wartości. Stopień nasilenia podstawowej przemiany materji odpowiada jak najdokładniej nasileniu czynności tarczycy. W stanach nadczynności tarczycy i chorobie Basedowa przemiana materji jest wzmożona w stosunku do normy (w %), w stanach niedomogi tarczycy i w obrzęku śluzowatym — przemiana materji jest upośledzona czyli poniżej normy. Najmniejszym wahaniom czynnościowym ze strony tarczycy odpowiadają odpowiednie zmiany w nasileniu przemiany materji.

W klasycznych przypadkach choroby Basedowa lub obrzęku śluzowatego, o wyraźnym obrazie klinicznym, badanie podstawowej przemiany materji bywa zwykle zbędne, ale w przypadkach niejasnych, niepewnych pod względem rozpoznawczym, bez badania tego obyć się poprostu nie można.

W przypadkach zaś, w których na obraz kliniczny cierpienia składają się i objawy właściwe nadczynności tarczycy, i objawy, właściwe jej niedomodze — jak to bywa niekiedy — to decydującym czynnikiem rozpoznawczym będzie zawsze wynik badania podstawowej przemiany materji, który wyjaśni ostatecznie, czy mamy do czynienia z nadczynnością tarczycy, czy też z jej niedomogą. Określenie podstawowej przemiany materji ułatwia, między innemi, odróżnienie stanów nadczynności tarczycy od różnego pochodzenia stanów nerwo-patycznych i zaburzeń czynnościowych układu nerwowego roślinnego (z wyłączeniem tarczycy jako przyczyny tych zaburzeń). A przypadki odnośne zdarzają się bynajmniej nie rzadko i do złudzenia mogą przypominać zespół Basedowa (bicie serca, częstoskurcz, drżenie rąk, nadmierna pobudliwość nerwowa, drażliwość psychiczna, uderzenia krwi do głowy i t. p.). Stwierdzenie u chorych odnośnych prawidłowego stopnia przemiany materji wyjaśnia w sposób ostateczny rozpoznanie i decyduje o zastosowaniu odpowiedniego leczenia.

Na zakończenie, autor kładzie nacisk na konieczność wykonywania badania podstawowej przemiany materji wyłącznie przez osoby odpowiednio przygotowane i wprawione do tego, gdyż w przeciwnym razie można łatwo otrzymać z badania powyższego wyniki zupełnie nieraz błędne.

Przedziurawienia ściany esicy, poczynające się od strony światła kiszki. (Des perforations de l'anse sigmoïde d'origine interne). Aigrot.
La Presse Méd. Nr. 18, marzec 1932.

Autor omawia tutaj wszelkie przedziurawienia pochodzenia „wewnętrznego" to jest takie, które pozostają po wyłączeniu przedziurawień pourazowych (stłuczenia brzucha, rany drążące), zgorzeli wskutek zawęźlenia lub uwięźnięcia w worku przepuklinowym, przeżarcia ściany przez ropień w małej miednicy, zropiałą torbiel jajnikową, ropień przywyrostkowy i t. p.

Owe przedziurawienia „wewnętrzne", w których obumieranie ściany kiszki postępuje od strony światła kiszki w kierunku surowicówki, mogą być trojakiego pochodzenia: 1) wskutek obecności ciała obcego w świetle kiszki, 2) owrzodzenia pierwotnego kiszki lub uchyłka i 3) raka esicy.

I. Przedziurawienie wskutek ciała obcego. Przed operacją jako takie nie bywa rozpoznawane prawie nigdy. Na wynik pomyślny operacji można liczyć tylko wtedy, kiedy zostanie ona wykonana w pierwszych godzinach od chwili wystąpienia przedziurawienia. Ale i w tych warunkach śmiertelność bywa naogół duża, gdyż ze względu na znaczną septyczność treści kiszkowej zapalenie otrzewnej ma tutaj przebieg zawsze gwałtowny.

II. Przedziurawienie wskutek wrzodu jest zjawiskiem naogół rzadkiem, o przyczynie zupełnie nieznanej. Pierwotne ognisko martwicowe mieści się w tkance podśluzówkowej i stąd szerzy się z jednej strony w kierunku ku surowicówce, z drugiej zaś — ku światłu kiszki. Przebieg cierpienia do chwili powstania przedziurawienia — wybitnie przewlekły.

Przedziurawienie wskutek zmian zapalnych w uchyłkach esicy zdarza się bez porównania częściej. Ze względu na umiejscowienie bólów bądź to po stronie prawej brzucha, bądź po lewej — odróżnienie od zapalenia wyrostka robaczkowego jest nieraz bardzo trudne. Rokowanie po operacji jest niezłe, ponieważ ognisko przedziurawienia bywa dokładnie oklejone zrostami otrzewnowemi.

III. Przedziurawienie wskutek raka esicy. Mechanizm tutaj bywa dwojaki: a) wskutek owrzodzenia śluzówki powyżej miejsca zwężenia kiszki (drażnienie przez zalegające masy kałowe) powstaje ropień przykiszkowy, który wtórnie przebija ścianę kiszki; b) wskutek rozciągania kiszki powyżej zwężenia przez kał i gazy pęka jej śluzówka, poczem szybko już dochodzi do całkowitego przedziurawienia ściany esicy.

Wynik operacji zależy prawie wyłącznie od technicznych możliwości wyłonienia całego odnośnego odcinka kiszki (wraz z guzem) nazewnątrz na stałe, to jest do czasu uzyskania przez chorego takiej poprawy stanu ogólnego, żeby można było wykonać wycięcie kiszki.

Zapalenie kości płaskich czaszki w następstwie schorzeń części miękkich głowy. (L'ostéite des os plats du crâne consécutive aux lésions des parties molles). D'Allaines i Hussenstein.
Journ. de Chir. XXXIX. N. 1, styczeń 1932.

Istnieją trzy zasadnicze postacie zapalenia kości płaskich czaszki: 1) ostre zapalenie kości przerzutowe (gronkowiec złocisty, prątek durowy, drobnoustrój chorobotwórczy ospy), 2) zapalenie kości wtórne — w następstwie zapalenia ropnego zatok kostnych (sinusitis, mastoidi-

tis), i 3) zapalenie kości w następstwie zakażenia powłok zewnętrznych czaszki (uraz, czyrak i t. p.). Autorowie w pracy niniejszej zajmują się tylko tą ostatnią kategorją.

Powłoki zewnętrzne czaszki składają się z dwu zasadniczych warstw: skóry i czepca ścięgnowego, tworzących pod względem fizjopatologicznym jedną całość, i głębiej — okostnej; przestrzeń między temi dwoma warstwami jest wypełniona luźną tkanką łączną i stanowi typowe siedlisko ropowicy głowy. Dopóki sprawa zakaźna jest ograniczona do skóry, czepca ścięgnowego, względnie, przestrzeni między czepcem i okostną, do zapalenia kości nie dochodzi, gdyż nienaruszona okostna stanowi dla zakażenia barjerę zupełnie wystarczającą. Ale z chwilą czy to jej uszkodzenia mechanicznego, czy też powstania ropnia podokostnowego — proces zakaźny, za pośrednictwem licznych żył śródkościa (venae diploëticae) szybko przenika w głąb kości względnie do jamy czaszkowej. W samej kości proces chorobowy dotyczy zwykle tylko blaszki zewnętrznej i śródkościa, blaszka zaś wewnętrzna bywa zajęta względnie rzadko; pamiętać o tem należy przy wykonywaniu odnośnego zabiegu operacyjnego.

Obraz kliniczny. Objawy zapalenia kości występują powoli i stopniowo, zwykle dopiero po 3—4 tygodniach od chwili zranienia głowy. Na obraz kliniczny składają się 3 zasadnicze objawy: ból, gorączka i zmiany miejscowe. Ból bywa zasadniczo umiejscowiony w okolicy rany, ale szerzy się do sąsiednich części czaszki, nasilając się znacznie w nocy; ból ten z początku występuje z przerwami, później ma charakter stały i duże nasilenie. Gorączka nie bywa zbyt wysoka (do 38,5°),, o typie nieprawidłowym. Miejscowo — rana zabliźnia się od brzegów, zwęża się i nabiera cech przetoki; na dnie rany widać obnażoną i zmienioną martwicowo kość, nieraz stwierdza się wyraźnie obecność martwaka.

Przebieg kliniczny cierpienia odpowiada przebiegowi pierwotnie przewlekłego zapalenia kości. Oddzielanie się martwaka postępuje tutaj bardzo powoli; obumarciu ulega zwykle tylko część blaszki zewnętrznej.

Rokowanie zależy od obecności ewentualnych powikłań wewnątrzczaszkowych, a mianowicie: ropnia między kością i oponą twardą (abscessus extraduralis), ropnia mózgu (umiejscowionego zwykle powierzchownie), zapalenia zakrzepowego zatoki i zapalenia ropnego opon mózgowych. To ostatnie powikłanie, będąc zwykłem zejściem ropni zewnątrzoponowych i ropni mózgu, jest najczęstszą przyczyną śmierci w przebiegu zapalenia pourazowego płaskich kości czaszki.

Leczenie narazie będzie polegało na szerokiem odsłonięciu ogniska kostnego i wydłutowaniu rozległem blaszki zewnętrznej i śródkościa; o ile blaszka wewnętrzna zmian chorobowych nie przedstawia, należy na tem poprzestać. Jeżeli jednak po operacji bóle głowy i gorączka utrzymują się w dalszym ciągu, trzeba wtórnie zdłutować i blaszkę wewnętrzną, obnażając oponę twardą.

W razie obecności powikłań wewnątrzczaszkowych, należy się kierować ogólnie przyjętemi zasadami.

Uwagi w sprawie leczenia raka odbytnicy naświetlaniami radowemi. (A propos du traitement du cancer du rectum par le radium). Gouverneur.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. N. 9, marzec 1932.

Na wstępie należy zaznaczyć różnicę, jaka istnieje pod względem histologicznym, przebiegu klinicznego i wskazań operacyjnych między rakami odbytnicy i rakami samego odbytu. Raki odbytnicy są typowemi gruczolakorakami przewodu pokarmowego, które — w związku z zachowaną przez komórki nowotworowe czynnością gruczołowo - wydzielniczą — odznaczają się bardzo małą wrażliwością na promienie radu. Odwrotnie — raki odbytu, które, będąc złośliwemi nabłoniakami pochodzenia skórnego, są naogół bardzo wrażliwe na naświetlania radowe.

W przypadkach raków odbytnicy operacyjnych metodą leczniczą z wyboru jest operacja, możliwie obszczętna, gdyż daje stosunkowo najlepsze wyniki. Leczenie radem w tego rodzaju przypadkach zawodzi. Pominąwszy już częstość występowania ciężkich powikłań po naświetlaniach w postaci obumarcia rozległego śluzówki, ciężkiego zapalenia ściany odbytnicy i tkanek przyległych (nadzwyczaj silne i uporczywe bóle!), a nawet przedziurawienia ściany po odpadnięciu strupa martwicowego — poza tem ujemną stroną naświetlań radowych jest niedostępność dla promieni radu gruczołów chłonnych, które znajdują się zdala od guza pierwotnego, skryte w głębi jamy brzusznej.

Co się tyczy strony technicznej stosowania radu, to sposób wprowadzania rurki radowej do światła kiszki został zarzucony — ze względu na niemożność osiągnięcia równomiernego naświetlenia całego guza. Obecnie stosuje się rad prawie wyłącznie w postaci igieł, wkłutych do guza od strony zewnętrznej, po jego odsłonięciu na drodze operacyjnej, z cięcia odbytniczo-ogonowego.

W przypadkach raków odbytnicy nieoperacyjnych, przy braku wyraźnych objawów zakażenia miejscowego, można zastosować rad, ale po uprzedniem wytworzeniu sztucznego odbytu na talerzu biodrowym lewym. Jeśli po ukończonej kuracji radowej stan miejscowy poprawi się na tyle, że wykonanie operacji stanie się możliwe, to operację doszczętną wykonać należy.

Inaczej się sprawa przedstawia w odniesieniu do raków odbytu. Tutaj wyniki leczenia operacyjnego są naogół mało zachęcające, gdyż stosunkowo często występują nawroty, nawet po bardzo rozległem wycięciu i w przypadkach względnie świeżych. Ale za to naświetlenia radowe dają w tego rodzaju przypadkach wyniki bardzo dobre, stanowiące tutaj metodę leczniczą z wyboru. Zastosowanie radu musi być poprzedzone wytworzeniem sztucznego odbytu na talerzu biodrowym. Co do gruczołów chłonnych w pachwinach, to stosuje się tu albo ich wyłuszczenie operacyjne (gruczoły małe i słabo macalne), albo naświetlenia radowe (gruczoły duże, obrzmiałe), albo wreszcie jedno i drugie razem.

M. Czyżewski.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Surowica przeciwbłonicza i jej działanie lecznicze. (Le sérum antidiphtérique et son action therapeutique). R. Debré, G. Ramon et J. Bernard.

Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. Mars 1932.

Autorzy wykonywali badania doświadczalne nad działaniem surowicy błoniczej i wyprowadzają stąd szereg wniosków praktycznych. Badania są uzasadnione tem, że w ostatnich czasach surowica błonicza jakoby często zawodzi. Autorzy podjęli klasyczne doświadczenia Roux i Martin'a, starając się stworzyć warunki doświadczalne zbliżone do naturalnego zakażenia błonicą u ludzi. Badania miały na celu wykazać: czas odpowiedni dla stosowania surowicy w błonicy, dawki niezbędne, wpływ powtórnych wstrzyknięć surowicy na przebieg choroby, czas utrzymania się anty-toksyny błoniczej we krwi zwierząt i ludzi po wstrzyknięciu surowicy swoistej. Przedewszystkiem autorzy wstrzykiwali jad błoniczy świnkom morskim. Doświadczenie wykazało, że prawie wszystkie świnki, które otrzymały nawet minimalną dawkę surowicy przed podaniem jadu błoniczego, lub najpóźniej w cztery godziny po wstrzyknięciu jadu— pozostały przy życiu. Te które otrzymały surowicę leczniczą w sześć godzin i później po podaniu jadu błoniczego — ginęły, niezależnie od dawki stosowanej później surowicy błoniczej. U niektórych z tych zwierząt występowały porażenia pobłonicze jeszcze po 20-tu dniach od chwili stosowania jadu i przeciwjadu. W tych przypadkach dawka jadu wystarczająca dla wprowadzenia porażeń i zejścia śmiertelnego wchodziła w trwałe połączenie z komórkami nerwowemi zanim wstrzyknięto surowicę; ta ostatnia zobojętnia jad błoniczy jedynie krążący we krwi zapobiegając zatruciu masowemu i szybkiej śmierci; lecz pozostaje bez działania na jad już połączony z tkanką nerwową, który wywołuje powikłania porażenne.

Doświadczenie to wykazuje znaczenie zasadnicze czasu, który upłynął pomiędzy zadziałaniem na ustrój jadu błoniczego, a wprowadzeniem przeciwjadu. Wyniki tych doświadczeń były identyczne z temi, które jeszcze w roku 1894 wykonywali Roux i Martin. Ta identyczność wyników po 37 latach przemawia, za tem, że działanie surowicy nie uległo zmianie.

Następnie autorzy badali działanie surowicy na zakażenie świnek morskich samemi prętkami błoniczemi. Aby zbliżyć się do warunków zakażenia u ludzi, unikano dawek masowych, lecz wstrzykiwano małe dawki laseczników Löffler'a do tkanki podskórnej. Stosując następnie surowicę leczniczą u tych zwierząt w różnym czasie i w różnych dawkach dowolnie otrzymywano rozwój zakażenia i przebieg zbliżony do obrazów klinicznych spotykanych w chorobie błoniczej u dzieci.

W ten sposób można było dokładnie obserwować skuteczność działania surowicy leczniczej i ustalić jej stopień, a także najodpowiedniejszy czas dla wkroczenia leczniczego.

Jako przykład może posłużyć jedno z serji doświadczeń wykonanych na 100 świnkach. Każde ze zwierząt otrzymywało podskórnie mieszaninę buljonu i 0,01 cm.^{3} zawiesiny laseczników błoniczych preparowanej według pewnej stałej techniki. Następnie w różnych okresach czasu wstrzykiwano surowicę leczniczą.

Wyniki tych doświadczeń wykazały, że świnki szczepione dawką zawiesiny laseczników Löffler'a, która stale wywoływała śmierć w ciągu najdłużej 50 godzin, zostawały przy życiu o ile przed upływem ośmiu godzin od chwili zaszczepienia zastosowano nawet w znikomej dawce surowicę błoniczą (1—10 jednostek). Zależnie jednak od czasu zastosowania surowicy i dawki w miejscu zaszczepienia laseczników powstawała lub nie, miejscowa martwica tkanki. Świnki, które zaczęto leczyć dopiero po dziesięciu godzinach żyły, lecz pod warunkiem podania najmniej sto jednostek surowicy błoniczej. Nareszcie wszystkie świnki ginęły o ile leczenie rozpoczynało się po 18 godzinach mimo największej dawki surowicy leczniczej.

Bliższa analiza tych doświadczeń stwierdza co następuje: surowica lecznicza szybko przenika po wstrzyknięciu do krążenia. Krew świnki, której podano podskórnie 1000 jednostek uodporniających już po 4 godzinach, zawiera 3 jednostki w 1 cm^3 krwi. Przeciwjad szybko przenika do miejsca zaszczepienia laseczników, które dopiero zaczynają wytwarzać jad, który zostaje zneutralizowany „in situ" zanim rozszerzy się w ustroju, zanim nawet wywoła miejscowe zmiany martwicze w tkance, które tak sprzyjają dalszemu rozmnażaniu się laseczników.

Jeżeli surowica przybywa późno (po 12—14 godzinach) laseczniki wytworzyły już jad w dostatecznej ilości, którego część wywiera bezpośredni wpływ zabójczy na otaczające komórki, reszta szerząc się drogą krążenia wchodzi w ścisły kontakt z komórkami nerwowemi, do których ma specjalne powinowactwo. Jeżeli w chwili przenikania do krążenia przeciwjadu błoniczego, dawka jadu wystarczająca dla zabicia zwierzęcia lub wywołania późniejszych powikłań połączyła się z komórkami wrażliwemi na jad, — wtedy przeciwjad okazuje się bezskutecznym. Wszystko więc ostatecznie zależy od ustosunkowania się czynników warunkujących szybkość przenikania do krążenia jadu i przeciwjadu.

Jeżeli leczenie rozpoczęto późno, jasnem jest, że śmiertelna dawka jadu połączyła się już z komórkami wrażliwemi i wtedy żadna dawka przeciwjadu nawet największa i kilkakrotnie wstrzykiwana nie jest w stanie uratować zwierzę.

Doświadczenia te reprodukują zjawiska, które obserwujemy w leczeniu błonicy u dzieci. W doświadczeniu, jak i w obserwacjach klinicznych mamy identyczne uszeregowanie się zmian miejscowych i ogólnych, te same powikłania późne porażenne, identyczny przebieg choroby i wpływ leczenia surowiczego na kolejność i nasilenie zjawisk. Doświadczenia te tłómaczą, dlaczego bywają wyniki skuteczne i bezskuteczne w leczeniu błonicy ludzkiej. Wskazują dalej, że surowica lecznicza zachowała te same właściwości lecznicze, jak i surowica przygotowana w r. 1894 przez E. Roux i że niema mowy o zmniejszeniu się wartości leczniczej surowicy. Prócz tego surowica błonicza, będąc surowicą przeciwtoksyczną wykazuje jednak pewne działanie pośrednie przeciwbakteryjne. Wstrzyknięta w odpowiedniej dawce i w odpowiednim czasie surowica nietylko przeciwstawia się za-

truciu jadem błoniczym, lecz pomaga ustrojowi do uwolnienia się od laseczników błoniczych i do odnowy uszkodzeń tkankowych w miejscu rozwoju tych drobnoustrojów. Zahamowanie miejscowej martwicy tkanek w doświadczeniach na zwierzętach, podobnie jak znikanie błon u ludzi i następcze przyśpieszenie zjawisk reparacyjnych stanowią zjawiska podobne i wskazują na przeciwbakteryjne — działanie surowicy. Znikanie laseczników z tkanki w doświadczeniach na zwierzętach pod wpływem surowicy wskazują na jej działanie przeciwbakteryjne. To działanie surowicy stoi w ścisłym związku z zawartością w niej przeciwjadu.

Doświadczenia autorów wykazują znaczenie wczesnego rozpoczęcia leczenia surowicą błoniczą. Wystarczające są wtedy nawet małe dawki, podczas gdy nawet olbrzymie dawki wstrzyknięte późno nie zapewniają wyniku dodatniego. Różnice te są zupełnie zrozumiałe na zasadzie analizowania mechanizmu działania leczniczego surowicy błoniczej w doświadczeniach na świnkach morskich.

W stosunku do chorego na błonicę nie znamy dokładnie ani istotnego początku choroby, ani stopnia zatrucia ustroju. Stan gardzieli, rozległość błon i t. p. nie jest wskaźnikiem dostatecznie ścisłym, tymbardziej, że mogą zachodzić duże różnice w stopniu jadowitości szczepów laseczników błoniczych. Dlatego też w praktyce należy przez ostrożność stosować surowicę jaknajwcześniej i w dawce dostatecznie dużej.

Przeciwjad osiąga bowiem swoje najwyższe miano we krwi tym prędzej im dawka surowicy jest większa, ale tylko do pewnej granicy, po przekroczeniu której przeciwnie; wchłanianie surowicy zwalnia się.

Badania na ludziach wykazały, że po wstrzyknięciu podskórnem 3000 jednostek, miano antytoksyny we krwi po 24 godzinach jest niższe niż ¼ jednostki w 1 cm³, natomiast po wstrzyknięciu 30,000 jednostek miano przeciwjadu już po 2-ch godzinach osiąga ½, po 6 godzinach 1, po 24 godzinach — 3 jednostki w 1 cm³. w ten sposób uwidaczniają się zalety wczesnego wstrzykiwania dostatecznie dużych dawek surowicy leczniczej.

W stosunku do powtarzania dawek surowicy autorzy stwierdzili, że dawka 1000 jednostek wstrzyknięta dwa lub kilka razy nie daje lepszych wyników leczniczych, niż ta sama dawka podana jednorazowo. Powstaje pytanie czy u chorych na błonicę należy powtarzać podawanie surowicy. Odpowiedź wypada negatywnie. Autorzy przypominają, że jedna jednostka przeciwjadu niweczy 1 cm³ jadu błoniczego. Przypadek stwierdził, że już ⅛ i nawet ¹/₁₀ cm³. toksyny może wywołać śmierć dziecka dwuletniego. A więc w każdym cm³ krwi, która zawiera (po wstrzyknięciu surowicy) 2—3 jednostek przeciwjadu, znajduje się jego o wiele więcej niż to jest niezbędne dla neutralizacji. Śmiertelnej dawki jadu, nie zachodzi więc potrzeba powtarzania wstrzyknięć surowicy, tembardziej, że antytoksyna nie znika tak szybko z krwiobiegu, jak to sądzą ogólnie. Naprzykład, po wstrzyknięciu dziecku zdrowemu 24.000 jednostek, surowica krwi zawiera, po czternastu godzinach 13 jednostek, w 1 cm³; czwartego dnia — 12 jednostek; szóstego dnia — 8 jednostek; dziesiątego dnia — 4 jednostki; dwudziestego dnia 1 jednostkę. U innego dziecka chorego na ciężką błonicę, które dostało jednorazowo 30,000 jednostek, po 24 godzinach krew zawierała 3 jednostki w 1 cm³; piątego dnia— 8 jednostek; dwunastego dnia 2 jednostki.

Wyniki obliczeń autorów są zgodne z otrzymanemi w podobnych warunkach przez innych badaczy. Tak naprz. *Platau, Park* i *Williams* z New-York'u otrzymali po wstrzyknięciu podskórnem 10,000 jednostek: po trzech dniach — 2 jednostki w 1 cm³, po 5-ciu dniach — 4 jednostki, po 7-miu dniach — 3 jednostki.

W osoczu krwi osobnika, któremu wstrzyknięto antytoksyny, najwyższe miano antytoksyny osiąga się według Smith'a — czwartego dnia. A więc miano antytoksyny w osoczu krwi nie tylko nie obniża się szybko, lecz nawet podnosi się czwartego — piątego dnia, poczem niezmiernie powoli i stopniowo opada. Prócz tego, miano antytoksyny nie opada szybciej u osobników chorych na błonicę, niż u zdrowych. Z drugiej strony inne obliczenia wykazały autorom, że miano antytoksyny przy powtórnych wstrzyknięciach nie jest wyższe, niż przy jednorazowem podaniu dawki nawet o połowę mniejszej, niż podana ogólnie przy wstrzyknięciach powtórnych.

Zresztą badania autorów wykazały, że jeżeli wstrzykiwano świnkom morskim surowicę zbyt późno nawet w dawkach olbrzymich i powtórnych nie unikano powikłań nerwowych — po trzech tygodniach i później, nawet mimo obecności w osoczu wysokiego miana przeciwjadu. Minimalne dawki jadu bowiem wystarczające dla wywołania późnych powikłań nerwowych zdążyły już połączyć się z komórkami wrażliwemi jeszcze przed wstrzyknięciem surowicy; późniejsze dawki masowe nie mają już na to żadnego wpływu. Klinicznie też spostrzega się późne powikłania u osobników, którzy otrzymali duże i powtórne dawki surowicy i którzy wykazywali w chwili powstania powikłań obecność wysokiego miana antytoksyny we krwi.

Autorzy dochodzą do wniosków, że najważniejszą sprawą w leczeniu błonicy jest podanie surowicy jaknajwcześniej; pozatym wystarcza jedna dawka względnie duża, ale w granicach umiarkowanych (od 15,000 — 50,000), dalekich od przesadnych dawek stosowanych przez niektórych autorów a dochodzących, do 500,000 jednostek. Należy wstrzykiwać połowę dawki podskórnie, drugą część domięśniowo.

J. Wiszniewski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Wydęcie dolnego odcinka ciężarnej macicy mięśniakowatej. (Dilatation sacciforme du segment inferieur de l'uterus fibromateux gravidique). Müller G.

Gynécol. Obstétr. T. 24, Nr. 6, 1931.

Autor przedstawia dwa przypadki mięśniaków macicy ciężarnej, w których przyszło do nadmiernego rozdęcia dolnego odcinka.

W pierwszym przypadku wydęcie dolnego odcinka dotyczyło ściany tylnej; ciąża w tym przypadku była zaledwie 7-io miesięczna, a mięśniak umiejscowiony był na przedniej ścianie w okolicy dna. Poród przeprowadzono per vias naturales, a w kilka miesięcy później sposobem Martin'a wyłuszczono mięśniak per laparotomiam.

W przypadku drugim mięśniak wielkich rozmiarów usadowiony był na dnie macicy i stanowił, zdaniem autora, przeszkodę w akcji porodowej, gdyż nie pozwalał wyprostować się macicy w czasie bolu. Wydęcie dolnego odcinka dotyczyło ściany przedniej. Wykonano cięcie cesarskie, a usunięto macicę z dobrym skutkiem dla matki, jak dla płodu.

W sprawie późnych krwawień w połogu (głos w dyskusji). (A propos de hemorragies tardives des suites de couches). K e l l e r R.

Gynec. Obstetr. T. 24, Nr. 4, str. 374, 1931.

Rozpatrując sprawę zapobiegania krwotokom w późnym połogu autor zaleca szerokie stosowanie natychmiast po porodzie rewizji wnętrza jamy macicy z następujących wskazań.

1) krwotok natychmiast po porodzie;

2) niewątpliwy brak tkanki w urodzonem łożysku;

3) łożysko jest podejrzane co do swej całości, położnica krwawi lub nie;

4) nawet jeśli łożysko wydaje się całkowicie urodzone, ale położnica krwawi choćby lekko, przyczem krwawienie to nie pochodzi z pochwy.

Autor rozumie dobrze, że najwięcej zarzutów ściągnie na siebie z powodu dwu ostatnich wskazań, uważa jednak i to na zasadzie kilkoletniego doświadczenia w klinice Strasburskiej postępowanie to za dobre.

W ciągu ostatnich 3 lat na przeszło 5000 porodów zrewidowano wnętrze macicy w 18 przypadkach bezpośrednio po porodzie; z tego w 51 przypadkach wydobyto mniejsze lub większe resztki łożyska. A więc, jak powiada autor, ochroniono 51 położnic od niebezpieczeństwa późnego krwawienia w połogu.

Pomimo tak śmiałego postępowania autor obserwował w ciągu tych samych 3-ch lat, 5 przypadków pozostania resztek łożyskowych z krwawieniem; z tego w 4-ch przyp. wydobyto polip łożyskowy w 1-ym wycięto macicę, i ten ostatni przyp. skończył się śmiercią wśród objawów zakażenia połogowego.

Wspomniane ostatnio 5 przypadków nie wykazało najmniejszych nawet braków w łożysku przy oglądaniu po porodzie.

Wnioski, do których autor dochodzi dadzą się streścić jak następuje:

1) zapomocą częściej jak dotychczas wykonywanej rewizji jamy macicy można znacznie zmniejszyć liczbę późnych krwawień w połogu, bez narażania położnicy na niebezpieczeństwo zakażenia;

2) pomimo tego postępowania pozostanie pewna niewielka liczba przypadków, w których stwierdzimy w późnym połogu obecność resztek łożyska, pomimo że bezpośrednio po porodzie nie było żadnych objawów, ani krwawienia, ani najmniejszego podejrzenia, co do oglądanego po porodzie łożyska.

W sprawie późnych krwawień w połogu (głos w dyskusji). (A propos de hémorragies tardives des suites de couches). G r o s s e A.

Gynécol. Obstétr. T. 24, Nr. 4, str. 580, 1931.

Autor obserwował 14 przypadków późnego krwawienia w połogu, z których w jednym nie stwierdzono resztek łożyska (wycięto macicę — nastąpiło zejście śmiertelne), w pozostałych zaś 13 resztki były.

Z tego 7 przebiegało bez gorączki, wyskrobano jamę macicy we wszystkich i wszystkie zakończyły się szczęśliwie.

W 2 przypadkach ciepłota była podniesiona, w jednym wycięto macicę z wynikiem pomyślnym, w 5-ciu pozostałych wyskrobano macicę, jedna chora zmarła.

Na zasadzie powyższych obserwacji autor jest przeciwny porzucaniu dawnego sposobu postępowania i skazywania lekarza na alternatywę: leczenie konserwatywne, lub wycięcie macicy. W najbardziej ogólnej postaci leczenie późnych krwawień w połogu winno wyglądać, zdaniem autora, jak następuje:

1) krwawienie bez pozostania resztek (z gorączką lub bez) — leczenie konserwatywne lub wycięcie macicy.

2) Krwawienie z zatrzymaniem zrazu łożyska z ciepłotą nie przewyższającą 38° C — skrobanka lub ręczne wydobycie resztek łożyska.

3) Krwawienie z powodu zatrzymania resztek łożyska, z wysoką gorączką ze złym stanem ogólnym i wybitnemi objawami zakażenia macicy — leczenie konserwatywne lub wycięcie macicy.

4) Przypadki przejściowe: krwawienie z zatrzymaniem resztek, z ciepłotą niezbyt wysoko podniesioną, lepszym stanem ogólnym, przy słabszych objawach zakażenia macicy — w takich przypadkach wszystkie trzy sposoby leczenia, skrobanka, wycięcie macicy, i leczenie konserwatywne, są najzupełniej usprawiedliwione i wybór ich zależy od indywidualnych cech poszczególnych przypadków.

Leczenie zakażeń połogowych za pomocą ropni terpentynowych. (Le traitement des infections puerpérales, en particulier par les abcés de fixation). S o r r e n t i n o B.

Gynéc. et Obstétr. T. 23, str. 511, 1931 r.

Autor przedstawił wyniki stosowania ropni terpentynowych w 60 przypadkach zakażenia połogowego. Wstrzykuje się w udo 3 cm.³ terpentyny i po 2 — 7 dni wystąpić winno zropienie tej okolicy; wynik przyśpieszyć można zą pomocą gorących okładów. Jeśli do ropienia nie przychodzi, rokowanie jest bardzo poważne. W przypadkach, kiedy pomimo nacieku nie przychodzi do rozpuszczenia ewent. zropienia, można takowe wywołać przypalaniem, zresztą bardzo bolesnem, okolicy ropnia. W niektórych przypadkach wystąpić może po injekcji terpentyny lekkie podrażnienie nerek.

(Metoda *Fochier* z r. 1898).

Przypadek ostrej białaczki szpikowej w czasie ciąży. (Un cas de leucémie myéloide aigue pendant la grossesse). H e l d E.

Rev. Franç. Gynec. T. 26. Nr. 10, str. 542. 1931.

W ostatnim tygodniu ciąży wystąpiło silne krwawienie z nosa, wymagające tamponady przedniej i tylnej. Badanie krwi w dniu przyjęcia wykonania wykazało miernego stopnia anemję z niewielką ilością białych ciałek.

Natomiast w dwa dni później wśród objawów nagłego pogorszenia się stanu ogólnego przy temperaturze podniesionej i przy tętnie przyśpieszonym obraz krwi zmienił się zasadniczo, wykazując typowy obraz białaczki szpikowej z jednoczesnym

spadkiem ilości płytek krwi i z wynikającym stąd przedłużonym czasem krwawienia (temps. Duke) i zmniejszoną krzepliwością. Tego samego dnia chora zmarła wśród objawów ogólnego upadku sił, prawie natychmiast po rozwiązaniu polegającem na ręcznym rozszerzeniu szyjki, obrocie i wydobyciu płodu, a także ręcznem wydobyciu łożyska.

We wnioskach końcowych autor przestrzega przed wykonywaniem jakichkolwiek zabiegów, chyba są one usprawiedliwione koniecznością wydobycia żywego płodu z umierającej matki. W swoim przypadku autor przypisuje śmierć nie anemii ale shock'owi.

Leczenie ostrego zapalenia sutka w okresie karmienia. (Traitement des mastites aigues de l'allaitement). H é b e r t M. et T. N i c o g l o u. *Rev. Franç. Gynec. T. 26, Nr. 10, str. 548, 1931 r.*

Opierając się na obserwacjach poczynionych w Szpitalu Boucicaut na oddziele prof. Le Lorrier autorzy omawiają patogenezę i leczenie ostrych zapaleń sutka w połogu.

Główną przyczyną ropnia piersi jest zakażenie brodawki piersiowej, związane z nadżerkami, pęknięciami i innemi uszkodzeniami brodawki. Zjawiają się one zazwyczaj na 3 — 5 dzień karmienia i, jeśli chodzi o pęknięcia, umiejscowione są na szczycie lub u podstawy brodawki.

Powstanie swe zawdzięczają te pęknięcia przedewszystkiem aktowi ssania, pozatem maceracji naskórka wywołanej przez mleko i ślinę pozostającą w fałdach skóry.

Uszkodzenia te dają się odczuć osobie karmiącej jedynie w czasie ssania; niekiedy przychodzi nawet do krwawienia z uszkodzonego miejsca, przyczem krew, trafiając do przewodu pokarmowego matki, jest powodem powstania t. zw. melaena neonatorum spuria.

Obok głównego czynnika wywołującego, jakim jest zakażenie, pamiętać należy o czynnikach sprzyjających. Są niemi:

1) zastój mleka, który, między innemi, zwalcza się zapomocą zwykłej przepaski podtrzymującej sutek ku górze i sprzyjającej dokładnemu opróżnianiu sutka; 2) często powtarzane urazy w postaci uderzeń, masaży, ściągania mleka zbyt często i niepotrzebnego i t. d.

Jeśli w momencie wystąpienia nadżerek i pęknięć brodawki sutkowej nie przerwiemy karmienia, to wkrótce występują objawy poprzedzające ropienie, a przedewszystkiem zapalenie naczyń chłonnych. Ma to miejsce zazwyczaj na 6 — 9 dzień połogu z nagłym podniesieniem się ciepłoty do 40° C. Badanie sutka nie wykazuje ani obrzęku, ani stwardnienia, widać zaczerwienienia i wymacuje się powiększenie gruczołów pachowych; niekiedy występuje tylko ten ostatni objaw obok bolesności sutka; zaczerwienienia skóry brak.

W tym stanie rzeczy wyzdrowienie występuje rzadko; zazwyczaj przychodzi do nacieku, stwardnienia tkanki i wreszcie do zropienia.

Opisana droga powstania ropnia sutka jest najczęstsza; rzadszą stosunkowo postacią jest ropień wychodzący z zapalenia dróg mlecznych.

Skoro ropień się wytworzył, pierś jest duża i bolesna. W pewnym miejscu wytwarza się na niej guzowatość większa lub mniejsza głęboka i oporna. Ciepłota jest podniesiona, a zebrana ropa wywołuje zaczerwienienie i obrzęk skóry; wreszcie

występuje chełbotanie wyraźne w przypadkach ropni powierzchownych, mniej wyraźne o ile ropień umiejscowiony jest głęboko.

Z biegiem czasu przyszłe miejsce pęknięcia sinieje, skóra cieńczeje i wreszcie pęka, poczem wydziela się z otworu znaczna ilość ropy zawierającej zazwyczaj białe lub złociste gronkowce.

Leczenie powinno polegać przedewszystkiem na postępowaniu zapobiegawczym.

Przedewszystkiem w końcu ciąży należy zmiękczać brodawkę zapomocą delikatnego smarowania oliwą; po porodzie należy zmywać brodawkę przed i po karmieniu 90% alkoholem, a w przerwach pomiędzy karmieniem brodawka winna być przykryta kawałkiem jałowej gazy; poczynając od 15 dnia połogu wystarczy zmywać pierś wodą z mydłem.

Jeżeli zmywanie alkoholem jest bolesne, co świadczy o istnieniu pęknięcia naskórka brodawki należy zastosować leczniczo maść o składzie: Bismuthum carbonicum 8,0, Vaselini 100,0.

Karmienie z piersi uszkodzonej w powyższy sposób jest dopuszczalne tylko przez kapturek i to jeśli pęknięcie jest bardzo niewielkie. Przy większych uszkodzeniach należy przerwać karmienie, choćby na czas kilku godzin, zwłaszcza w przypadkach pęknięć krwawiących.

Aby uniknąć zastoju, szczególnie w dolnych odcinkach piersi, należy podwiązać pierś ku górze zapomocą dość luźno założonej i dostatecznie elastycznej przepaski, aby uniknąć ucisku na gruczoł mleczny. Oczywista nie wolno zapominać o konieczności utrzymania rąk i paznokci położnicy

w czystości, aby nie zakaziła sobie ona sama nadżerek brodawki.

Skoro zaczyna formować się ropień piersi, należy stosować miejscowo ciepłe wilgotne okłady, a ogólnie — injekcje ze szczepionki zawierającej przedewszystkiem gronkowca, najlepiej Propidon w dawce wzrastającej (½, 1,2 cm. sz.) co drugi dzień domięśniowo. Zachowywać się wyczekująco należy aż do chwili, kiedy skóra ścieńczeje, jest na pęknięciu, gdyż jak pokazuje doświadczenie, tym szybsze jest wyleczenie, im później wykonano nacięcie ropnia; oczywista odstawić należy karmienie chorą piersią i wszelkie jej maltretowanie.

Kiedy ropień wytworzy się i „dojrzeje", należy go naciąć niewielkim cięciem, ułożonym promienisto w stosunku do środka piersi. Cięcie to nie powinno być większe ponad kilka centimetrów; jeżeli mamy do czynienia ze zropieniem kilku naraz płatów gruczołowych, to należy poprzerywać palcem przegrody pomiędzy poszczególnemi komorami ropnemi i wypuścić ropę przez jeden tylko otwór w skórze. Do sączkowania nadają się znakomicie paski gazy maczane w przesączu bakteryjnym według Besredki.

Kilka uwag w sprawie olbrzymich mięśniaków macicy. (Quelques considérations sur le fibrome géant de l'utérus). Bardesco N.
Gynéc. Obstétr. T. 25, Nr. 1, 1932.

Autor omawia kilka przypadków mięśniaków macicy, w których guzy dochodziły do następującej wagi: 14 klg., 15,5 klg., 28 klg., 13,5 klg., 17 klg., 8,2 klg. We wszystkich tych przypadkach guzy były uszypułowane, co zresztą potwierdzają inni autorowie w stosunku do olbrzymich mięśniaków.

Ponadto we wszystkich przypadkach autora do guza przyrastała sieć, co jest, jak sądzi autor, przyczyną nadmiernego wzrostu, uwarunkowanego obfitym unaczynieniem.

Co do techniki operacyjnej, to autor radzi najpierw wyciąć macicę (nadpochwowo lub całkowicie), a dopiero na końcu zacisnąć i podwiązać przyrośniętą sieć. Sposób ten ma być szybszy, od zwykle używanego (najpierw zrosty — potem guz), co ma wielkie znaczenie lecznicze w tych przypadkach, gdzie zazwyczaj mamy do czynienia ze znacznym osłabieniem i wyniszczeniem.

Przyczynek do badań nad rozpoznaniem, techniką operacyjną i przebiegiem przetok pęcherzowo-jajowodowych. (Contribution a l'étude du diagnostic de la technique opératoire et de l'évolution des fistules vésicoannexielles). Levitsky K. P.
Gynecol. Obstétr. T. 26, Nr. 1, 1932.

Na zasadzie dwu obserwowanych przez się przypadków, autor wysnuwa następujące wnioski:

1) przetoki pęcherzowo-trąbkowe są częstsze, niż się przypuszcza, gdyż często rozpoznawane są one jako schorzenia dróg moczowych;

2) to też w każdym przypadku ostatnio wymienionych schorzeń należy dokonać cystoskopji;

3) w większości przypadków przetok pęcherzowo-jajowodowych przychodzi do samoistnego zagojenia się;

4) w przypadkach utrzymujących się przetoku, wskazane jest leczenie operacyjne;

5) guzy przydatków usuwać należy na drodze operacji brzusznej;

6) wprowadzenie cewnika á demeure do pęcherza jest nieodpartą koniecznością w przebiegu pooperacyjnym.

Wypadnięcie macicy (wskazania operacyjne). (Le prolapsus génital (Etude des indications operatoires). Schwartz A., Huard S.
Paris Médical, T. 21, Nr. 51.

Autorowie omawiają ogólnie znane poglądy na etiologję i leczenie wypadnięcia macicy, przytaczając na końcu kilka typowych sytuacji.

Mamy naprzykład do czynienia z wypadnięciem macicy u osoby młodej w okresie pełnego życia płciowego. Najczęstszą przyczyną omawianego schorzenia w tych przypadkach jest brak podstawy ze strony przepony miednicowej uszkodzonej w czasie przebytych porodów. Wynika stąd jasno, że leczenie powinno mieć przedewszystkiem na względzie rekonstrukcję krocza, operacje zaś na macicy winny być brane w rachubę tylko tam, gdzie macica leży w położeniu nieprawidłowym (tyłozgięcie, lub tyłopochylenie). Ponadto brać należy pod uwagę dalszą czynność rozrodczą pacjentki t. j. przy niewielkich dolegliwościach należy się raczej powstrzymać z zabiegiem operacyjnym, aż do czasu ukończenia funkcji rozrodczych.

Oczywista, z operacji na macicy wchodzą w grę przedewszystkiem przymocowanie więzadła obłe i niskie przyszycie macicy, aby umożliwić ewentualne zajście w ciążę w przyszłości.

Inaczej postępować należy, lecząc wypadnięcia względnie opuszczenie się macicy u dziewic lub osób, które nie rodziły; tu zastosujemy wyłącznie operację na macicy wiedząc, że krocze nie było przyczyną schorzenia.

Kobiety w okresie przekwitania wymagają znowu innej terapji. W przypadkach, gdzie krocze jest dość żywotne i pozwala rokować nadzieję, że można będzie z niego wytworzyć podporę dla narządów rodnych, należy je zrekonstruować, a jednocześnie wykonać potrzebne operacje na szyjce (naprz. amputatio colli). Jednakowoż jeśli mięśnie krocza są w stanie zaniku, lepiej zwrócić główną uwagę na przymocowanie macicy, przyczem można się już nie krępować względem na ewentualną ciążę i wybrać metodę mocnego umocowania macicy, wciągając do tego trzon macicy wraz z jego dnem.

Dla staruszek najlepiej nadają się: wysoka plastyka krocza, lub operacja Le Fort'a.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Naczyniak głowy leczony wstrzykiwaniami zabliźniającymi w połączeniu z kryoterapją. (Angiome céphalique traité par injections sclérosantes associées à la cryothérapie). M. J. Meyer.

Bullet. de Soc. de Dermat. et de Syphil. N. 4, 1931.

Z powodu rozległego naczyniaka szyi, małżowiny usznej, częściowo twarzy i owłosionej skóry głowy (angioma cavernosum) u 36-letniego męż-

czyzny zastosowano następujące leczenie: wstrzykiwania raz na tydzień chininy z mocznikiem (chininy 0,4, mocznika 0.2, aquae destil. 3.0). Przy pomocy tych wstrzykiwań uzyskano w krótkim czasie obliterację większych pni krwionośnych. Powierzchowne zmiany naczyniakowe zniszczono przy pomocy krioterapji, wykonywanej również raz na tydzień. Leczenie trwało ogółem 19 tygodni (10 wstrzyknięć, 10 zabiegów kryoterapji).

W sprawie wrzodziejących zgorzelinowych i bujających zmian w jamie ustnej, wywołanych przez fuso-spirillae. (Contribution a l'étude de la forme ulcéronécrotique et végétante de la fuso-spirillose buccale). J. G a t é i P. J. M i c h e l.

Paris Médical, Nr. 3 1932.

W związku ze spostrzeganiem 2 przypadków zwracają autorzy uwagę na nietypowe, odosobnione owrzodzenia śluzówki jamy ustnej i języka, wywołane przez fuso-spirillae Vincent'a.

I. U 15-letniej dziewczyny przednia trzecia część języka pokryta była zgorzelinowemi masami, przylegającemi do podłoża tak nacieczonego, że obraz ten nasuwał przypuszczenie, czy niema się do czynienia z guzem języka. Dyskretne zapalne zmiany dziąseł istniały około karjetycznych zębów. W rzekomych błonach zgorzelinowych stwierdzono obecność licznych fuso-spirilli Vincent'a. U chorej nie było żadnych objawów kiły ani wrodzonej ani nabytej, a jednak odczyn B. — Was. i Hechta był silnie dodatni. Chora była leczona częstemi płukaniami z dodatkiem wody utlenionej, pendzlowaniem 10% roztworem argent. nitr.,zwilżaniem miejsca schorzałego nowarsenobenzolem. Równocześnie stale oczyszczano język ze złogów mas, zgorzelinowych. Po miesiącu odczyn B.-Was. bez żadnego leczenia ogólnego przeszedł w ujemny i zmiany na języku ustąpiły. Mniej więcej po roku chora zgłosiła się z okrągłem owrzodzeniem na wewnętrznej powierzchni prawego policzka, pokrytem zgorzelinowemi masami, po których zdjęciu okazały się na dnie owrzodzeni awyraźne wegetacje. Gruczoły chłonnet sąsiadujące nie były powiększone; w owrzodzeniu wykryto znaczne ilości fusospirilli V.

II. Przypadek drugi dotyczył 21-letniej dziewczyny, u której zęby znajdowały się w stanie wielkiego zaniedbania. Na wewnętrznej powierzchni lewego policzka niewielkie owrzodzenie o dnie zrazikowatem, łatwo krwawiącem, pokrytem zgorzelinowemi masami. Na języku po stronie lewej podobna zmiana, pokryta białym nalotem, imitującym zmiany kiłowe. Obydwa ubytki znajdują się na podłożach wyraźnie nacieczonych; w obydwu stwierdzono liczne fuso-spirille. Leczenie, jak w przypadku pierwszym, usunęło zmiany chorobowe.

Autor zwraca uwagę na obecność dodatniego odczynu serologicznego w przypadku pierwszym. Odczyn ten znajduje się często w przebiegu anginy, wywołanej Spirillozą V. i znika po ustąpieniu zmian chorobowych bez leczenia specyficznego, co jest najlepszym dowodem braku kiły. ponadto w przypadkach powyższych istniały liczne karjetyczne nieleczone zęby i to właśnie, zdaniem autora, jest przyczyną odnawiania się sprawy, wywołanej fusospiryllami, które w towarzystwie bakterji ropnych stale wegetują w zapalnych ogniskach okołozębowych. Wkońcu wegetacje są zdaniem Farre'a często w przebiegu zakażeń spirillami.

Leczenie złotem tocznia pospolitego. (La chrysothérapie du lupus nodulaire). F. L e b o e u f, H a m o l l a r d.

Presse Méd. 1931, Nr. 61.

Leczenie złotem rzeczywistych zmian gruźlicy skóry nie daje ani tak szybkich ani tak pewnych wyników, jak leczenie tuberkulidów, zwłaszcza liszaja rumieniowego. Autor leczył 15 chorych z objawami lupus nodularis preparatami złota. We wszystkich przypadkach tocznia zmiany były bardzo rozległe (ograniczone nie nadają się, zdaniem autora, do leczenia złotem) trudne do leczenia miejscowego, wrzodziejące; oprócz 2-ch przypad-

ków — wszystkie długotrwałe (4 do 39 lat), przeważnie leczone uprzednio różnymi sposobami. Chorzy byli leczeni podwójnymi solami złota i sodu (sanochrysin Möllgaard) w postaci zastrzyków dożylnych. Ilość zastrzyków była zmienna — 6 do 30; całkowita ilość leku 1 do 7 gramów. Powikłania w czasie leczenia wystąpiły u 3-ch chorych: rumienie uogólnione, żółtaczka, pozłotowe zapalenie śluzówki jamy ustnej z drobnemi owrzodzeniami, zejście w tych 3-ch przypadkach było dobre.

W 2-ch przypadkach wyleczenie było całkowite, z tych w jednym nieznaczny nawrót na nosie ustąpił po drugiej serji zastrzyków. U pozostających 13 wynik leczniczy nie był tak dobry lecz była wyraźna poprawa: wszystkie owrzodzenia zabliźniły się, nacieki i stan zapalny zmniejszyły się, gruczoły chłonne przedtem obrzękłe również zmniejszyły się, stan ogólny uległ poprawie. Guziczki tocznia, niestety, były jednak widoczne.

Te wyniki leczenia obserwował autor przez kilka miesięcy. Sole złote działały pobudzająco w na tkanki, powodując szybszy rozrost tkanki łącznej w otoczeniu ognisk gruźliczych. Oprócz zastrzyków dożylnych można wykonywać i domięśniowe (allochrysine Lumiére lub Solganal Schering Kahlbaum). Co do stosowania zastrzyków złota w otoczeniu ognisk gruźliczych autorowi brak doświadczenia. Wysokość i ilość dawek trudno określić, gdyż każdy osobnik ma inne optimum dawki, przy stosowaniu której wynik leczniczy postępuje najprędzej. Autor zaczynał od 0,05, nie przekraczał 0,5. Zaznaczyć należy, że niepożądane powikłania w czasie leczenia mają raczej charakter nietolerancji niż zatrucia.

Gruźlica skóry pochodzenia krwionośnego i tuberkulidy. (Tuberculoses granulaires de la pau d'origine sanguine et tuberculides). P. Ravaut, J. Valtis, Guerra.

Présse Méd. 1931, Nr. 80.

W szeregu przypadków, których charakter gruźlicy nie jest dostatecznie ustalony, jak sarkoidy, t. b. c. papulonecrotica, lupus erythem., erythema induratum Bazin, lupus pernio — wykonali autorzy szczepienie tkanki patologicznej na świnki; ponadto szczepili krew tych chorych świnkom morskim. W znacznym procencieświnek szczepionych stwierdzili obecność infekcji gruźliczej. Obraz tej infekcji u świnek był odmienny od dotychczasowego typu gruźlicy doświadczalnej Villemin)owrzodzenie w miejscu szczepienia i w kilka tygodni, Adenopatia caseosa). Świnki szczepione przez autora padały po pewnym czasie i można było w nich stwierdzić gruźlicę wyłącznie gruczołową (powiększenie gruczołów z obecnością prątków Kocha). Jest to postać gruźlicy doświadczalnej opracowana szczegółowo przez *Calmette'a i Valtisa*, charakterystyczna dla ultra-virus, przechodzącego przez filtry. Przy pomocy powyższych doświadczeń wykazano w przypadku t. b. c. papulonecrotica obecność virus w krwi w czasie rozwoju wykwitów a także później, nawet w 8 miesięcy po zniknięciu wykwitów (septicémie latente). Podczas tego w tkance patologicznej wynik był ujemny.

W przypadkach lupus erythematodes, virus był widocznie mniej zjadliwy, gdyż trzeba było wielokrotnego przeszczepiania aby wykazać obecność prątków Kocha. Na podstawie tych wyników twierdzą autorzy, że tak zwane tuberkulidy są rzeczywistą gruźlicą skóry, wywołaną przez t. zw. ultravirus, gruźliczy, przedostający się do skóry drogą krwi i podtrzymują swój podział, wygłoszony na zjeździe w Kopenhadze przez jednego z autorów co do 2-ch dużych grup gruźlicy skóry.

1. Gruźlica wywołana najczęściej zakażeniem zewnętrznem (forme bacillaire) — toczeń pospolity i t. d.

2. Tuberkulidy (forme granulaire), wywołane drogą krwiobiegu.

Ponadto istnieją postaci pośrednie.

Co do leczenia, to w grupie tuberkulidów ma widoki powodzenia leczenie ogólne złotem i szczepionkami.

Dr. Z. Jastrzębska.

B I B L J O G R A F J A

Dr. Jochweds. O leczeniu farmakologicznem niedomogi serca. Warszawa, wydawnictwo Warsz. Czas. Lek. 1932. 110 stron. Cena 5 zł.

Książka ta, tak życzliwie powitana zwłaszcza przez lekarzy praktyków wyszła z oddziału D-ra A. Landaua i obejmuje lecznictwo niedomogi serca w rozumieniu współczesnem, t. j. opierając się na dokładnej znajomości fizjologji i fizjopatologji mięśnia sercowego. Obszerny materjał autor podzielił na niedomogę serca z zaburzeniami rytmu, na ogólny przebieg leczenia i niedomogi i na niedomogę z przeważającemi objawami ze strony jednego organu. Brak miejsca nie pozwala na szczegółowe wymienienie tematów poruszanych przez autora, jednakże rozdziały takie jak „Działanie porównawcze naparstnicy, strofantyny i oubainy", „przypadki, w których od początku zarówno naparstnica jak i oubaina wywierają wpływ niedostateczny", „Obwodowy typ niedomogi serca", „Masywne dawki naparstnicy" jak zresztą i wiele innych niewątpliwie żywo zainteresują każdego lekarza. Obszerne piśmiennictwo jeszcze więcej podnosi wartość dzieła.

K R O N I K A

KURS EUGENIKI I PORADNICTWA PRZEDŚLUBNEGO.

Rozwój higjeny społecznej uczynił niezmiernie aktualną sprawę porad przedślubnych. Możliwem jest uniknięcie całego szeregu chorób u potomstwa przez odpowiednie wskazówki lekarskie dla rodziców.

Zagranicą istnieją już dawno specjalne poradnie przedślubne, a i w Polsce te niezmiernie ważne

placówki rozwijają się już pomyślnie, dzięki inicjatywie Towarzystwa Eugenicznego.

W zrozumieniu doniosłości tej sprawy i niezbędności organizowania takich placówek przez władze rządowe, samorządowe, Kasy Chorych i t. p., Państwowa Szkoła Higjeny wspólnie z Sekcją Naukową Polskiego Towarzystwa Eugenicznego zainicjowała już w zeszłym roku pod kierunkiem wybitnych fachowców kurs dla lekarzy z dziedziny eugeniki i poradnictwa przedślubnego. Kurs cieszył się wielkiem powodzeniem; korzystali z niego zarówno lekarze warszawscy, jak i przyjezdni ze wszystkich stron Polski.

Kurs ten zostaje obecnie powtórzony.

Wykłady obejmują zarówno stronę społeczną, związaną ze sprawami małżeństwa, jak zagadnienia polityki populacyjnej, rozrodczości, reformy małżeństwa, oraz sprawy związane ściślej z patologją, jak dziedziczenie chorób psychicznych, nerwowych, zapobieganie chorobom wenerycznym i t. p.

Kurs odbędzie się w czasie od 25 kwietnia do 9 maja wł. r. b.

W celu umożliwienia uczęszczania na kurs lekarzom praktykującym, wykłady odbywać się będą wieczorami od godz. 20—22 w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny, ul. Chocimska 24.

Kurs jest bezpłatny; wpisowe wynosi 10 zł.

Program i rozkład godzin kursu następujący:

25/IV. godz. 20—21 — Dr. L. Wernic: „Najważniejsze zagadnienia ruchu eugenicznego".

26/IV. godz. 21—22 — Dr. M. Kacprzak: „Z zagadnień rozrodczości".

27/IV. godz. 20—21 — Wiceprezes K. Fleszyński: „Prawodawstwo małżeńskie".

26/IV. godz. 21—22 — Redaktor J. Wasowski: „Współczesne prądy reformy małżeństwa".

27/IV. godz. 20—22. Prof. J. Dembowski: „Z zagadnień dziedziczności".

28/IV. godz. 20—21 — Doc. Dr. G. Szulc. „Gruźlica".

28/IV. godz. 21—22 — Doc. Dr. Lorentowicz: „O zapobieganiu ciąży".

29/IV. godz. 20—22 — Dr. H. Szczodrowski: „Choroby weneryczne".

30/IV. godz. 20—21 — Prof. Dr. J. Mazurkiewicz: „Dziedziczenie chorób psychicznych".

30/IV. godz. 21—22 — Dr. W. Sterling: „Biologja seksualna".

1/V od godz. 12-ej — Dr. L. Wernic: „Poradnictwo przedślubne. Zwiedzanie Tow. Eugenicz.".

2/V. godz. 20—22 — Dr. W. Sterling: „Dziedziczenie chorób nerwowych".

4/V. godz. 20—22 — Prof. L. Hirszfeld: „Dziedziczenie cech odpornościowych".

6/V. godz. Doc. Dr. W. Filiński: „Choroby wewnętrzne".

7/V. godz. 20—22 — Prof. W. Grzywo-Dąbrowski: „Zboczenia seksualne".

9/V. godz. 20—21 — Doc. Dr. Melanowski: „Dziedziczność a narząd wzroku".

9/V. godz. 21—22 — Seminarjum dyskusyjne i zebranie towarzyskie.

Zgłoszenia pisemne przyjmuje i informacji udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, do dnia 20 kwietnia, codziennie od 9 — 11, tel. 8. 94-81.

*

* *

KOMUNIKAT.

VIII *Konferencja Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego* odbędzie się w 1932 r. w Holandji (w Hadze i Amsterdamie) pod przewodnictwem Prof. Dr. W. Nolena.

Program konferencji:

Wtorek, dn. 6 września, godz. 11,30 — Uroczyste otwarcie konferencji. „Stosunek pomiędzy alergją a odpornością". Referent główny — Prof. J. Bordet — Bruksela. Koreferenci: Prof. Donato Ottolenghi — Bolonja, Prof. R. Debré — Paryż, Dr. R. A. Jensen — Kopenhaga, Prof. Bruno Lange — Berlin, Prof. S. Lyle Cummins— Kadiff, Prof. R. Kimla — Praga, Prof. J. de Baranyi — Budapeszt, Dr. A. Wallgren — Gotenburg, Prof. H. Aldershoff — Utrecht, Prof. C. White — Kanada.

Środa, dnia 7 września, godz. 15 — 17 — Dyskusja.

Czwartek, dnia 8 września, godz. 9 — 12,30 — Referaty na temat kliniczny: „Chryzoterapja". Referent główny: Dr. D. L. Saye — Barcelona. Koreferenci: Prof. W. Neumann — Wiedeń, Prof. Roman Rencki — Lwów, Prof. K. Faber — Kopenhaga, Prof. J. Valtis — Paryż, Prof. F. Bocchetti — Rzym, Dr. G. Schömberg, Dr. Jaquerod— Leysin, Dr. Ameuille — Paryż, Dr. L. S. T. Burell — Londyn, Dr. J. Burns Amberson — Nowy York.

Czwartek, dnia 8 września, godz. 14—16 — Dyskusja.

Piątek, dnia 9 września, godz. 9 — 12,30 — Referaty na temat społeczny: „Opieka pozasanatoryjna". Referent główny: Dr. B. H. Vos — Holandja. Koreferenci Dr. Brieger — Wrocław, Dr. R. Courtois i Dr. Olbrechts — Bruksela, Dr. J. Blanco — Hiszpanja, Dr. A. Patison — Nowy York, Dr. J. Guinard — Paryż, Dr. E. Morelli — Rzym. Dr. H. Williams — Londyn, Dr. N. Heitmann — Oslo, Dr. D. A. Stewart — Kanada, Dr. E. Bresky — Praga.

Piątek, dnia 9 września, godz. 15 — 17 — Dyskusja.

Program wycieczek i przyjęć będzie podany osobno.

Stosownie do regulaminu konferencji Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego żadne inne tematy na konferencji poruszane nie będą. W dyskusji mogą zabierać głos wszyscy członkowie konferencji, przyczem pożądanem jest, aby posługiwali się językiem francuskim lub angielskim. Zgłoszenia do wzięcia udziału w dyskusji mogą być zgłaszane zawczasu za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Pożądane są wczes-

ne zgłoszenia (do 1 maja), ponieważ głos będzie udzielany w kolejności zgłoszeń a liczba przemówień jest ograniczona czasem trwania posiedzeń.

Udział w konferencji mogą wziąć wyłącznie osoby, które zgłoszą się za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (Warszawa, ul. Chocimska 2), do dnia 1 maja r. b. Osoby zgłoszone po tym terminie nie będą mogły korzystać z ulg paszportowych i kolejowych, o które Związek czyni starania dla uczestników Konferencji. Ostateczny termin zgłoszeń dla osób niereflektujących na wyżej wymienione zniżki — 15 czerwca 1932 r. Przy zgłoszeniach należy wpłacić do Związku sumę zł. 70 od członków konferencji i sumę zł. 45 od członków ich rodzin.

Członkowie rzeczywiści i tytularni Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego korzystają z prawa uczestniczenia w konferencji bez żadnej opłaty.

Członkowie rodzin uczestników konferencji korzystają z wszystkich praw członków rzeczywistych, lecz nie otrzymują pamiętnika i nie mają prawa przyjmować udziału w dyskusji.

* * *

ZAKOŃCZENIE VII KURSU UZUPEŁNIAJĄCEGO DLA LEKARZY PT. „GRUŹLICA I JEJ ZWALCZANIE".

W sali wykładowej II Kliniki Chor. Wew. U. W. odbyła się uroczystość zamknięcia kursu dla lekarzy, mających pracować w instytucjach przeciwgruźliczych.

Kurs ten zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy przy współudziale Wydziału Lekarskiego U. W. a sfinansowany przez Min. Spraw Wew. (Dep. Sł. Zdrowia) trwał od dnia 18 stycznia do 18 marca r. b. — Ukończyło go 18 lekarzy z różnych stron kraju: Chełma Lub., Białej Podl., Krasnegostawu, Lwowa, Łochowa, Tarnowa, Sosnowca, Wilna, oraz 9 lekarzy z Warszawy.

Kurs obejmował zajęcia praktyczne w klinikach, szpitalach i poradniach przeciwgruźliczych oraz zajęcia teoretyczne w zakresie rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. W czasie trwania kursu uczestnicy zwiedzili Sanatorjum w Rudce, Uzdrowisko Miejskie w Otwocku, Instytut Wychowania Fizycznego na Bielanach, Ośrodek Zdrowia w Amelinie i na Grochowie, Miejskie Zakłady Sanitarne oraz Państwowy Zakład Higjeny.

Na uroczystość zakończenia kursu przybyli przedstawiciele Departamentu Służby Zdrowia Min. Spr. Wewn. i Wojskowych oraz Min. Pracy i Op. Społecznej.

Zamknięcia kursu dokonał Prof. Dr. Ludwik Paszkiewicz Dziekan Wydziału Lekarskiego U. W. wygłaszając pożegnalne przemówienie, w którem podkreślił jak wielkie obowiązki ciążą na lekarzu, który staje do walki z gruźlicą. W imieniu Dep. Sł. Zdr. M. S. Wewn. i Polskiego Związku Przeciwgruźliczego przemawiał Dyrektor Departamentu i zarazem Prezes Związku Dr. E. Piestrzyński zapewniając słuchaczów, że Związek będzie im zawsze służyć radą i pomocą moralną i materjalną. Następnie jeden z uczestników kursu podziękował organizatorom za udostępnienie im pracy w klinikach i poradniach przeciwgruźliczych dzięki czemu mogli się zapoznać z nowoczesnemi metodami walki z gruźlicą oraz nabrali pewności, że walka ta jest konieczna i skuteczna.

W końcu Dziekan Prof. L. Paszkiewicz rozdał absolwentom świadectwa o ukończeniu Kursu.

Dr. Lian w szpitalu Tenon (Paryż) rozpoczyna 17 maja kurs dotyczący chorób tętnic, żył i naczyń włosowatych. Podczas kursu odbędą się pokazy kliniczne oraz wycieczka do uzdrowiska Bagnoles de l'Orne. Czas trwania kursu 17—28.V. Opłata wynosi: 250 fr. fr. za kurs — 100 fr. fr. za wycieczkę.

Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Austrji i Skandynawji. Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze we Wiedniu i okolicy (8—12.VIII. 1932). Dnia 13.VIII. nastąpi podróż do Berlina i Kopenhagi na Congrès de la Lumière (Kongres badań światła), a stąd do Osla (Christianji) i Stokholmu. Z podróżą główną można połączyć podróż ze Stokholmu do Helsingforsu i do Rosji (Leningród, Moskwa, Kijów, Charków).

Lekarze (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytanie pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I. Biberstrasse 11. I. St.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.